

TNO-rapport

R10553

**Essay Toekomst wonen met zorg in
Nederland**

Datum	September 2012
Auteur(s)	dr. M.A.J. Linde drs. W.H. van Staalduinen
Aantal pagina's	50 (incl. bijlagen)
Opdrachtgever	Ministerie van Binnelandse zaken, Directoraat-Generaal Wonen Bouw en Integratie
Projectnaam	Essay Toekomst wonen met zorg in Nederland
Projectnummer	054.02118

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

Inhoudsopgave

1	Samenvatting	3
2	Inleiding	5
3	Ouderen van nu en straks	8
3.1	Een beeld van de ouderen van nu.....	8
3.2	Cijfers over de ouderen nu en straks.....	9
3.3	Een beeld van de oudere straks: vier leefstijlen uit de babyboomgeneratie	22
4	Wonen met zorg: ontwikkelingsrichtingen	25
4.1	Wonen, zorg en technologie.....	25
4.2	Samenleving en leefomgeving	31
4.3	Economie, inkomen en vermogen	32
4.4	Vier mogelijke toekomst	34
5	Beleidsopties	39
5.1	Opgaven voor de toekomst	39
5.2	Ontwikkelingsrichtingen wonen met zorg	40
5.3	Beleidsopties	42
6	Ondertekening	46
7	Literatuurlijst.....	47
	Bijlage(n)	
	A Enkele internationale voorbeelden	

1 Samenvatting

In verband met de verwachte groei van het aantal 65+ers (vergrijzing), de afname van het aantal mensen in jongere leeftijdsgroepen (ontgroening) en de nu al zichtbare regionale verschillen in vergrijzing en bevolkingskrimp startte het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties met verkenningen om te kunnen bepalen wat de beleidsopties voor de toekomst zijn. In dit essay is verkend wat de komende decennia de te verwachten ontwikkelingen zijn en wat dit gaat betekenen voor wonen met zorg voor ouderen.

Door de stijging van het aantal ouderen in Nederland, neemt ook de behoefte aan woningen toe die tegemoet komen aan mobiliteitsproblemen en zorgvragen. Om de omvang van de behoefte aan woningen te kunnen bepalen, moet rekening worden gehouden met sterke regionale verschillen. Bijvoorbeeld in grensregio's en in voormalige groeigemeenten is het vergrijzingstempo groter dan in de grote steden. Ook het geschikte woningaanbod varieert lokaal en regionaal. In vier scenario's hebben wij verkend wat er gebeurt als sprake is van grote of kleine overheidsbemoeienis tegenover een sterke of zwakke economie. Een kleinere overheidsbemoeienis wakkert naar onze verwachting het eigen initiatief bij de meeste ouderen aan. Aandacht is en blijft echter nodig voor de ouderen die door verschillende oorzaken te weinig pensioen of eigen vermogen hebben kunnen opbouwen. Bij deze ouderen bestaat de kans op verkommering, zeker in tijden van economische crises.

De hoofddoelstelling van beleid is *“ouderen met beperkingen (fysiek, sociaal, financieel) zo lang mogelijk zelfstandig laten wonen met een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven tegen zo laag mogelijke collectieve en individuele kosten”*. De hieruit voortvloeiende beleidsopties voor het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) en andere betrokken partijen zijn onder te verdelen in maatschappelijke en technische opties en de optie voor de rol van BZK.

Als maatschappelijke beleidsopties bevelen wij aan om als landelijke overheid vooral geen nieuw beleid te maken om wonen met zorg voor ouderen mogelijk te maken. Door het huidige beleid van agenderen, stimuleren en faciliteren van lokale aanpak wonen met zorg voort te zetten, worden eigen initiatieven meer gestimuleerd. Zoals bijvoorbeeld het aanpassen van de eigen woning en het regelen van de zorg of het ontstaan van coöperatieve vormen van wonen met zorg voor en door ouderen. Stimuleer daarnaast gemeenten en woningcorporaties om wonen met zorg voor ouderen met beperkingen (fysiek, financieel, sociaal) vorm te geven. Stimuleren gebeurt door wijzigingen in wetgeving, maar vooral door in te zetten op kennisdelen en samenwerking te bevorderen.

De technische beleidsopties gaan over de huidige regelgeving: afschaffen van overbodige regelgeving, vereenvoudigen van regelgeving en het benutten van de in gang gezette wijzigingen van het omgevingsrecht. Ook de verwevenheid van bestaande regelgeving op het gebied van wonen met bijvoorbeeld regels op het gebied van financiën, mobiliteit of de zorg zal onder de loep genomen moeten worden. Dit moet ertoe leiden dat de effecten van elkaar versterken of verzwakken worden benut of bestreden.

Tenslotte zien wij voor het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties de belangrijkste rol als regisseur van de monitor weggelegd. Het (laten) monitoren van lokale, regionale en internationale ontwikkelingen op het terrein van wonen en zorg en het aansluiten bij Europese kennisprogramma's en innovatie-initiatieven.

2 Inleiding

Ouderen van nu: ze bestaan in vele soorten en maten. Oude en jonge ouderen, rijke en arme, zieke en gezonde, actieve en passieve, autochtone en allochtone, alleenstaande en gehuwde ouderen. Dat zal straks, over twintig jaar, niet anders zijn. Ouderen van nu wonen eveneens zeer verschillend van elkaar. Ze huren een woning of hebben een woning in eigendom, al dan niet afbetaald. Ze wonen in een ruim appartement in de binnensteden of in een riante villa in Gelderland of 't Gooi. Ze wonen in portiekwoningen zonder lift of in een eengezinswoning in een VINEX-wijk. Deze variatie in het wonen door ouderen zal straks over twintig jaar waarschijnlijk niet anders zijn, hoewel het aantal ouderen dat een geschikte woning nodig heeft, sterk zal toenemen. Ouderen die zorg, zoals huishoudelijke of persoonlijke verzorging nodig hebben, ontvangen deze zorg doorgaans thuis. Ouderen die echter onplanbare zorg nabij of permanent toezicht nodig hebben wonen meestal in instellingen. Zeker als de mantel- of informele zorg ontbreekt of wegvalt. De bekendste voorbeelden zijn het verpleeg- of verzorgingshuis. Zal dit over twintig jaar ook nog zo zijn?

Oud zijn is een relatief begrip. Er zijn verschillende definities van oud zijn die in de loop der tijd veranderen door culturele en maatschappelijke invloeden. Op dit moment bestaat een variabele, cultureel bepaalde leeftijdsindicatie voor oud zijn: op de arbeidsmarkt is iemand oud die de veertig gepasseerd is, men kan als 50+er lid worden van de ouderenbonden of deelnemen aan hoger onderwijs voor ouderen of iemand wordt oud genoemd zodra hij/zij AOW ontvangt. Een andere definitie van oud zijn, staat in relatie met de mate van gezondheid: iemand is oud zodra gebreken in het lichamelijk, psychisch en/of sociaal functioneren optreden. Of iemand is echt oud, zodra hij/zij niet meer actief deelneemt aan het maatschappelijk leven. In de afgelopen decennia zijn mensen steeds gezonder geworden. Fitte ouderen voelen zich meestal jaren jonger dan hun werkelijke leeftijd aangeeft. Mede hierdoor verschuift het begrip van oud zijn of oud gevonden worden. Dit essay gaat over ouderen van 65 jaar en ouder die zorg nodig hebben.

Hoe gevarieerd de groep ouderen ook is, ze hebben één noemer gemeen. Ze maken onderdeel uit van een fenomeen dat wereldwijd optreedt: de vergrijzing. Vergrijzing is de relatieve en absolute toename van het aandeel 65+ers in de bevolking in vergelijking met een relatieve afname van de andere leeftijdsgroepen. Vergrijzing wordt vaak gezien als een probleem, omdat met de vergrijzing ook het aantal mensen dat lijdt aan ziektes en beperkingen toeneemt. Vergrijzing is het gevolg van een grote geboortegolf na de Tweede Wereldoorlog en de sterk dalende geboortecijfers vanaf de jaren zeventig in de vorige eeuw. Vergrijzing is ook het resultaat van vooruitgang: minder sterfte op jonge(re) leeftijd door onder meer verbeterde huisvesting, milieu, arbeidsomstandigheden en gezondheidszorg. Neemt niet weg dat door de verwachte grote groei van het aantal ouderen (en de vaak hierbij behorende toegenomen kans op ziekte en beperkingen) verkend moet worden hoe de huisvesting en leefomgeving voor en door ouderen optimaal kan zijn. Zij moeten met kwaliteit van leven oud kunnen worden en kunnen blijven participeren in de samenleving ondanks eventuele ziektes of beperkingen. Wonen met zorg voor ouderen en de wijze waarop wonen en de woonomgeving bijdragen tot de kwaliteit van leven en participatie, vormt dan ook de kern van de verkenning in dit essay. Het essay wil verder handvatten bieden voor de vervulling van de

hoofddoelstelling van beleid: ouderen met beperkingen (fysiek, sociaal en financieel) zo lang mogelijk zelfstandig laten wonen met een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven tegen zo laag mogelijke collectieve en individuele kosten.

Veel factoren beïnvloeden de woonsituatie en de invulling van de zorg op de oude dag. Bijvoorbeeld de ontwikkelingen in de politiek, de ontwikkelingen in de economie en de toekomstige bevolkingssamenstelling. Om met deze onzekerheden rekening te houden maken we¹ gebruik van de uitgangspunten van de scenario's die door de planbureaus in de Welvaart Leefomgeving (WLO) studie zijn uitgewerkt.

Om een beeld te krijgen van de woon- en zorgsituatie van ouderen in de toekomst beschrijven we de levensloop van een aantal fictieve personen in deze verschillende scenario's (toekomstbeelden). Door deze fictieve personen in 4 mogelijke toekomsten te plaatsen worden de opgaven zichtbaar die door een toenemende vergrijzing op het kruispunt van wonen en zorg kunnen gaan ontstaan. De 4 mogelijke toekomsten zijn conform de WLO-systematiek "beleidsarm" voor het beleidsveld wonen en zorg ingevuld. Concreet betekent dit dat in geen van de toekomsten grote veranderingen in het beleid plaatsvinden. Belangrijke reeds bekende wijzigingen, zoals de invoering van scheiden van wonen en zorg, worden in de scenario's wel meegenomen.

Opbouw essay



Het essay start met een korte beschrijving van de ouderen van nu en de betekenis van het ouder worden voor de woon- en zorgvraag. De verschillen tussen ouderen van nu en ouderen van straks worden aan de hand van kwalitatieve cohortvergelijkingen geduid. Aan het einde van dit hoofdstuk wordt de woonsituatie van een viertal virtuele leden van de babyboomgeneratie beschreven. In het volgende hoofdstuk schetsen we mogelijke ontwikkelingen in het woning- en zorgaanbod voor ouderen. We gebruiken de WLO scenario-systematiek om de belangrijkste kenmerken in een viertal toekomstbeelden samen te vatten. De toekomstbeelden zijn kwalitatief uitgewerkt en zijn overdrijvingen van mogelijke toekomsten. De fictieve personen krijgen elk een invulling van hun woonsituatie en zorggebruik. In theorie kunnen we 4 x 4 situaties beschrijven. Deze komen aan de orde in

¹ Onder we of wij wordt verstaan de auteurs van dit essay: Marianne Linde en Willeke van Staalduinen.

hoofdstuk 4, de meest voor de hand liggende combinaties zijn wat verder uitgewerkt dan de andere. Deze beschrijvingen geven een beeld van de (al dan niet beperkte) keuzemogelijkheden op het kruispunt van woonsituatie en zorgsituatie die mensen kunnen ondervinden wanneer ze ouder worden. In het laatste hoofdstuk wordt verkend welke beleidsopties er zijn voor wonen met zorg.

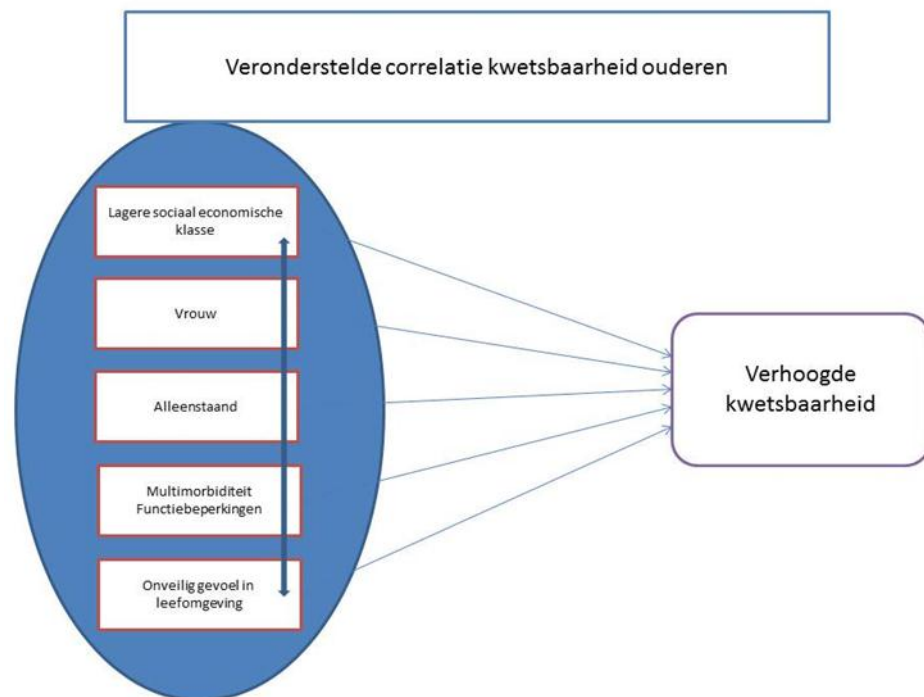
3 Ouderen van nu en straks

In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij de ouderen van nu en de verwachtingen voor de ouderen van de toekomst. Eerst volgt een algemene beschrijving van de mensen in de leeftijd van 65 jaar en ouder. Uit bestaande literatuur komt naar voren dat de woon- en zorgsituatie vooral samenhangt met leeftijd. Maar ook met gezondheid, eenzaamheid, veiligheid, inkomen/vermogen, opleiding en de hulpvraag van ouderen. In dit hoofdstuk presenteren we cijfers over deze kenmerken van ouderen nu en de verwachtingen voor de toekomst. Niet alleen wordt stilgestaan bij de cijfers over de 65+ers van nu, maar ook bij bekende feiten over mensen die over een decennium eveneens tot de groep ouderen behoren.

3.1 Een beeld van de ouderen van nu

Zoals in de inleiding reeds opgemerkt vormen ouderen geen homogene groep. De jongere ouderen van nu (de eerste babyboomers ontvangen reeds pensioen) voelen zich geen senior (zij zijn vaak vitaal en goed opgeleid). Zij willen liever medioren genoemd worden (Jeroen Singelenberg, SEV). Deze medioren bezitten vaak een goed aanvullend pensioen. Zij wonen het liefst in een appartement of patiobungalow, welke inmiddels (grotendeels) is afbetaald (SEV). Of zij blijven wonen in de eengezinswoning waarin zij hun kinderen hebben grootgebracht. Er behoren tot deze generatie ook ouderen die in vergelijking tot hun leeftijdsgenoten lager zijn opgeleid, een bescheiden pensioenopbouw (door lagere inkomens tijdens hun werkzame leven) en meer gezondheidsklachten hebben. Daarnaast kent de babyboomgeneratie ook leeftijdsgenoten die elders zijn geboren en in de loop van de vorige eeuw naar Nederland zijn gekomen. Vaak aanvankelijk alleen om hier te komen werken en later weer terug te gaan, maar zij zijn hier toch gebleven. (Dit zijn de migrantenouderen.)

Naast de vitale en financieel goed voorziene 65+ers wordt in de groep ouderen ook een groep kwetsbare ouderen onderscheiden. We spreken in Nederland van kwetsbaarheid wanneer de draaglast van een persoon langdurig groter is dan zijn draagkracht. Met draaglast wordt bedoeld het geheel van problemen en opgaven waarvoor iemand zich gesteld ziet. Persoonlijke competenties en de hulpbronnen in de omgeving waar iemand over kan beschikken, vormen de draagkracht (SCP). Met name multimorbiditeit in combinatie met het hebben van functiebeperkingen draagt bij tot een verhoogde kans op kwetsbaarheid. Wanneer nader gecontroleerd wordt op deze gezondheidsaspecten, dan zijn kwetsbare ouderen vaker hoogbejaard, vrouw of alleenstaand en vaker afkomstig uit lagere sociaal-economische klassen. Kwetsbaarheid is een goede indicator voor de zorgvraag. Hoe kwetsbaarheid en wonen met elkaar samenhangt, is niet duidelijk. Wel blijkt het zich niet veilig voelen in de leefomgeving een relatie te hebben met kwetsbaarheid.



3.2 Cijfers over de ouderen nu en straks

In deze paragraaf wordt aan de hand van diverse onderzoeksuitkomsten geschetst wat bekend is over de ouderen van nu en wat wordt verwacht ten aanzien van de ouderen straks. Er wordt gekeken naar de omvang van de groep ouderen, het wonen en de ruimtelijke spreiding, het inkomen en vermogen, de gezondheid en de wijze waarop ouderen hulp inroepen.

3.2.1 Demografie

Op dit moment is ruim 15% van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder. Het aantal 65+ers groeit naar verwachting de komende jaren fors en in 2040 vormt het aandeel 65+ers bijna 26% van de Nederlandse bevolking (CBS). Mannen hebben op dit moment een gemiddelde levensverwachting van 78,1 en vrouwen van 82 jaar. De levensverwachting neemt toe: in 2040 worden mannen gemiddeld 82,6 jaar en vrouwen 85,7. Het opleidingsniveau speelt een belangrijke rol bij de levensverwachting van mensen, maar ook bij de gezonde levensverwachting. Mensen van 65 jaar met een hogere beroepsopleiding of universiteit ervaren hun gezondheid voor de resterende jaren langer als goed dan mensen met alleen basisonderwijs (12 jaar goed tegenover 7 jaar). Voor het al dan niet krijgen van lichamelijke beperkingen, chronische ziektes of goede geestelijke gezondheid zijn vergelijkbare uitkomsten te vinden (Nationaal Kompas, RIVM).

Tabel 3.1 Prognose groei van het aantal ouderen, CBS

Jaar	Totale bevolking	65+	% 65+	75+	% 75+	85+	% 85+
2011	16.654.454	2.594.942	15,6	1.166.986	7,0	306.830	1,8
2020	17.228.780	3.400.409	19,7	1.467.375	8,5	399.963	2,3
2030	17.687.794	4.197.046	23,7	2.066.819	11,7	548.191	3,1
2040	17.840.780	4.625.271	25,9	2.506.370	14,0	797.885	4,5

De totale bevolking is 100%, % leeftijdsgroepen is deel van deze 100%.

Tabel 3.2 Aantal en procentuele ontwikkeling eenpersoonshuishoudens ouderen (CBS)

	Aantal bij 65+	Groei % 65+ t.o.v. 2010	Aantal bij 75+	Groei % 75+ t.o.v. 2010	Aantal bij 85+	Groei % 85+ t.o.v. 2010
2010	816.616		487.449		151.645	
2020	1.049.326	28,5	576.784	18,3	198.362	30,8
2030	1.385.905	69,7	801.048	64,3	262.533	73,1
2040	1.672.779	104,8	1.015.176	108,3	377.685	149,1

Toename van het aantal ouderen dat alleen woont, betekent ook dat de groep mogelijk kwetsbare ouderen toeneemt. Immers, als je alleen woont en je hebt hulp nodig is er geen partner (meer) die deze hulp kan bieden. Zoals uit bovenstaande tabel blijkt, kennen vooral 85+ers een grote groei van het aantal eenpersoonshuishoudens.

Migrantenouderen

Oudere migranten vormen een groeiende groep. Hoewel veel van de wensen rond wonen, zorg en welzijn overeenkomen met die van autochtonen, bevinden oudere migranten zich over het algemeen in een achterstandspositie. Zij hebben doorgaans minder inkomen (vaker onvolledige AOW), slechtere huisvesting, meer gezondheidsproblemen. De taalbarrière zorgt voor een lager gebruik van voorzieningen. Daarnaast speelt hier een cultuuraspect een rol. In veel landen is het gebruikelijk dat je voor je ouders zorgt. Ondergebruik van zorgvoorzieningen kan deels door deze inzet van familie worden verklaard. In de toekomst zal deze invloed van het sociale netwerk van migrantenouderen kunnen veranderen. Kinderen willen niet voor hun ouders zorgen, omdat ze verwesteren. Er zijn echter veel onzekerheden. Een onzekere factor is het aantal ouderen dat toch weer teruggaat naar hun geboorteland. Nu zien we dat een groep Turken hun kinderen naar Turkije sturen voor onderwijs. Als reden wordt genoemd dat scholen in Nederland niet streng genoeg zijn. Voor ouderen die willen terugkeren, kan gelden dat de kwaliteit van leven in hun geboorteland hoger wordt ingeschat dan in Nederland. Deels kan dit worden veroorzaakt door de sterk verbeterde gezondheidszorg in het geboorteland.

Van de 65+ers in Nederland is in 2010 3% van niet-westerse afkomst (78.000 mensen). Turken en Marokkanen vormen hiervan de grootste groep. In 2030 zijn onder de groep 65+ers naar verwachting 267.000 mensen van niet-westerse afkomst te vinden. In 2040 is dit aantal gegroeid naar 420.000 (CBS).

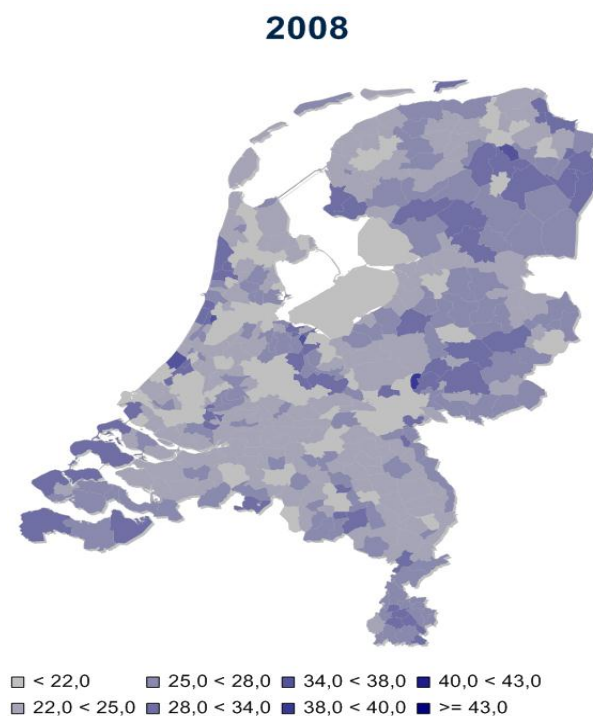
Ruimtelijke spreiding ouderen

Op dit moment zijn de grensregio's het meest vergrijsd en naar verwachting neemt de vergrijzing hier in de toekomst verder toe (CBS en PBL). Deze regio's kennen een groei van het aantal 65+ers tot percentages op of boven de 30% in 2030 en

2040 (landelijk 25%). Ook het aantal 75+ers groeit hier fors: rond de 20% terwijl dit landelijk 14% is. Enkele grensregio's (Delfzijl, Oost-Groningen, de Achterhoek en Zeeuws-Vlaanderen) hebben daarnaast te maken met bevolkingskrimp (meer dan 2,5%). Ook de rest van Nederland zal een toenemende vergrijzing kennen, met uitzondering van de grote steden. Het hoogste vergrijzingstempo doet zich voor in enkele voormalige groeigemeenten, zoals IJsselstein en Zeewolde. De verwachte toename van het aantal 65+ers in deze twee gemeenten is vergelijkbaar met de grensregio's (30%) voor 2040. De groei van het aantal 75+ers ligt hier net boven het landelijk gemiddelde (15%). De groei in deze gemeenten wordt voornamelijk veroorzaakt door de absolute toename van het aantal 65+ers.

De impact van de vergrijzing op de woningvoorraad verschilt per regio: in de ene regio vindt krimp plaats met als gevolg moeilijk verkoopbare woningen. Veel van deze woningen zijn echter wel weer goed aanpasbaar. Echter het kost in deze gebieden moeite om het aanbod van zorg-, welzijn- en dagelijkse voorzieningen op peil te houden. Dit heeft ook te maken met de lage bevolkingsdichtheden in veel krimpregio's vanwege hun perifere ligging. In deze krimpregio's kunnen schrijnende gevallen optreden omdat ouderen in hun koopwoning moeten blijven wonen. Voor de woning kan geen geschikte koper worden gevonden, terwijl zelfstandig wonen eigenlijk al lang niet meer gaat. In andere regio's vindt nog wel groei plaats: daar is het hebben van voldoende geschikt, goed verdeeld en betaalbaar aanbod van woningen voor ouderen een issue.

Binnen een stedelijke regio ontstaan gebieden die aantrekkelijk zijn voor ouderen en gebieden die juist onaantrekkelijk zijn. Gebieden zijn onaantrekkelijk als de beschikbaarheid van voldoende geschikte woningen en de voorzieningen in de buurt ouderen niet in staat stellen daar te blijven wonen. De mate van vergrijzing zal daarom per buurt kunnen gaan verschillen. Deels wordt dit veroorzaakt door verhuisbewegingen in het verleden en deels wordt het veroorzaakt door de hierboven beschreven mogelijke keuzes die toekomstige ouderen kunnen gaan maken. Verschil in vergrijzing per buurt zou ook het effect (of het succes) van woonservicegebieden kunnen zijn (SEV). Ook wordt het verschil veroorzaakt door het vanwege gezondheidsredenen verhuizen van afgelegen delen in landelijk gebied naar de grotere dorpskernen ('boven de Rabobank'). Dorpskernen kunnen hierdoor meer vergrijsd raken dan andere delen in een gemeente.



Figuur 3.1 Percentage huishoudens 65 jaar en ouder in 2008 en 2030, bron: Primos



Internationaal

Vergeleken met andere Europese landen is de Nederlandse bevolking minder vergrijsd (15,6%): van de landen van de Europese Unie zijn Duitsland en Italië koplopers met ruim 20% inwoners van 65 jaar of ouder. Het percentage 80+ers dat deel uitmaakt van de 65+ers in de Nederlandse bevolking (de zogenaamde dubbele vergrijzing, 19%) komt overeen met dat in de meeste andere landen, alleen Frankrijk vormt hierop een uitzondering met 32% (RIVM).

Voor de komende decennia verwacht Eurostat aan de hand van vergrijzingsratio's² dat Nederland zijn lagere vergrijzingsgraad in vergelijking met de Europese gemiddelden snel goed maakt. Duitsland en Italië zijn en blijven voorbeelden van koplopers op het gebied van vergrijzing, hoewel zij ingehaald worden door landen als Polen, Letland en Roemenië (ratio ruim 60). Deze landen hebben vooral te maken met het wegtrekken van jongeren die elders in Europa gaan werken. Het Verenigd Koninkrijk vergrijst het minst in Europa. Een vergelijking van de effecten van deze vergrijzing op zorg en wonen tussen landen is lastig. Met name het tempo en de tijd waarin de vergrijzing heeft plaatsgevonden of plaatsvindt, zorgt er voor dat de effecten voor de zorgvraag en de kosten van de zorg voor ouderen per situatie sterk verschillen. In Nederland gaat de vergrijzing gepaard met een ontgroening, regionale bevolkingskrimp, ontspannen worden van de woningmarkt en wellicht voor langere tijd een economisch onzekere tijd.

Tabel 3.3 Vergrijzingsratio's voor de komende decennia (Eurostat)³

	2010	2020	2030	2040
EU 27	25,9	31,4	38,3	45,5
Nederland	22,8	30,8	40,2	47,3
België	26,0	30,3	36,7	40,9
Denemarken	24,9	31,4	37,0	41,9
Duitsland	31,3	35,8	47,2	56,4
Frankrijk	25,7	32,7	39,1	44,4
Italië	30,8	34,8	41,1	51,7
Verenigd Koninkrijk	24,9	29,6	34,8	38,9
Zweden	27,7	33,5	37,2	40,4

3.2.2 Wonen

In vergelijking met jongeren, bevinden zich onder de ouderen meer huurders. Vooral oudere ouderen huren. Wij verwachten dat dit in de toekomst zal veranderen en dat het aantal huiseigenaren onder ouderen zal toenemen. Meer dan de helft (55%) van 65-75 jarige hoofdbewoners is op dit moment eigenaar van de woning. 75+ers huren daarentegen vooral: van deze groep is 37% eigenaar en 63% huurder (CBS). Oorzaak hiervoor ligt onder meer in het feit dat de oudere ouderen beschikken over minder inkomen dan de jongere ouderen. Daarnaast spelen ook de volgende factoren een belangrijke rol: de behoefte om kleiner te gaan wonen, geen of een kleinere kans op het verkrijgen van een hypotheek en de behoefte om te verhuizen naar kernen of stedelijke centra met meer voorzieningen. In de vier grote steden is het percentage huishoudens met een eigen woning onder de ouderen (65+) aanzienlijk lager dan in de andere delen van Nederland: 20% tegenover 50% (WoON).

Uit het WoON 2009 blijkt een verband te bestaan tussen ouderdom (vooral 75+) en de wijze van wonen. Naarmate men ouder wordt, woont men vaker in een huurwoning, een meergezinswoning of in verzorgd wonen. Vanaf de leeftijd van 75 jaar en ouder geldt dit voor meer dan de helft van de mensen in deze leeftijdsgroep.

3.2.3 Gezondheid

Met het ouder worden, neemt de kans op het krijgen van zowel een chronische als een in beginsel acute ziekte toe. Dit is een normaal verschijnsel als gevolg van

² Vergrijzingsratio: het aantal 65+ers in relatie tot de groep 15-64 jarigen.

³ In deze tabel zijn enkele voorbeelden van Europese landen opgenomen. Voor meer informatie: [//epp.eurostat.ec.europa.eu](http://epp.eurostat.ec.europa.eu).

biologische veroudering en kent symptomen als botontkalking, vermindering van spiermassa of gezichts- of gehoorverlies. Abnormale veroudering bestaat ook. Dit uit zich dan in de vorm van verwardheid, valproblematiek of eenzaamheid (TNO).

Vanaf 55 jarige leeftijd neemt de kans op het krijgen van één of meerdere chronische ziekten toe. Eén op de vijf 65-74-jarigen heeft tenminste twee chronische ziekten. Dit is de zogenaamde multimorbiditeit: de combinatie van één van de volgende chronische ziekten: hartziekten, longemfyseem, artrose, diabetes, sommige vormen van kanker en dementie. Onder 75+ers is de kans op multimorbiditeit toegenomen tot 33% (RIVM).

Van de zelfstandig wonende ouderen voelt meer dan 60% van de 65-74-jarigen en meer dan de helft van de 75+ers zich gezond. Visuele stoornissen (vooral staar) en coronaire hartziekten zijn de meest voorkomende aandoeningen bij ouderen. Artrose en diabetes mellitus komen ook relatief veel voor bij ouderen (RIVM).

Het aantal kwetsbare ouderen zou kunnen toenemen van bijna 700.000 in 2010 naar meer dan 1 miljoen in 2030 (SCP). Met name door de stijging van het opleidingsniveau van ouderen wordt de groei van het aantal kwetsbaren gedempt en komt het niet uit op het aantal dat op grond van de demografie verwacht zou worden. Onder 75+ers stijgt in 2030 het aantal mensen met een HBO- of WO-opleiding fors (van 16 naar 27%) en neemt het aantal mensen met alleen basisonderwijs met de helft af (van 20 naar 10%).

Wonen met beperkingen

Er zijn meerdere benaderingen om inzicht te krijgen in de (toekomstige) behoefte aan woningen voor mensen met fysieke beperkingen of een zorgbehoefte. Deze benaderingen kennen ieder hun eigen invalshoek. De profielenaanpak van TNO en het piramidemodel van de SEV zijn beide gebaseerd op normatieve vertaling van fysieke beperkingen in woon- en zorgbehoeften. De monitor Investeren voor de Toekomst van het ministerie van BZK gaat niet uit van de fysieke beperkingen maar van het woongedrag van ouderen en andere groepen op de woningmarkt. Deze vraaggestuurde benadering houdt ook rekening met de beschikbaarheid van geschikt aanbod. Ouderen met fysieke beperkingen blijken lang niet altijd een geschikte woning te vragen. Veel geschikte woningen worden bewoond door (vaak jongere) bewoners zonder fysieke beperking. Daardoor is een overmaat aan geschikte woningen nodig.

De benaderingen van TNO en de SEV geven beide een goed beeld van hoe de vraag naar geschikte woningen (met zorg) zich zal ontwikkelen in de komende jaren. De benadering van BZK geeft inzicht in het aantal geschikte (zorg)woningen dat extra beschikbaar moet komen op de woningmarkt om aan de groeiende behoefte te voldoen.

Op basis van het POLS en WBO 2002 heeft TNO profielen van beperkingen gemaakt om een inschatting te kunnen maken van de zorgbehoefte. Bij het opstellen hiervan is onder meer gekeken naar de beoordeling van de eigen gezondheid. Ook is de persoonlijke verzorging (gaan zitten en opstaan, zich volledig wassen) meegenomen. Daarnaast zijn de mobiliteit (trap op- en aflopen, huis verlaten en binnengaan, zich buitenshuis verplaatsen) en het verrichten van

huishoudelijke activiteiten (boodschappen doen, klussen doen met huishoudtrap) verwerkt. De profielen zijn gebaseerd op de beoordeling door de respondenten zelf. Op grond van deze gegevens is het volgende overzicht gemaakt.

Tabel 3.4 Overzicht 65+ers en de prevalentie voor mogelijke beperkingen die van invloed zijn op het zorggebruik (TNO, 2011)

65+ in 2011	Absoluut	%*
Profiel 1, geen beperkingen	2.126.000	81,9
Profiel 2, enkele mobiliteitsproblemen	227.000	8,7
Profiel 3, incontinentie, ADL en mobiliteitsproblemen	146.000	5,6
Profiel 4, ernstige fysieke beperkingen	26.000	1,0

* deze kolom telt niet op tot 100 omdat mensen met ernstige beperkingen door dementie niet in de tabel zijn opgenomen.

Wij geven in dit essay aan de hand van deze profielen van beperkingen een indicatie van de eventueel benodigde woningen. Mensen met profiel 1 hebben geen fysieke problemen en beperkingen en kunnen in feite in elke woning in Nederland wonen. Bij de mensen met profiel 2 treden vooral problemen op met het traplopen. Deze mensen zijn waarschijnlijk reeds goed geholpen met een woning waarin zij geen trappen hoeven te lopen. Voor mensen met profiel 3 geldt hetzelfde voor wat betreft de woning. Additioneel zal deze groep geholpen zijn met planbare zorg thuis (eventueel op afroep), aangepast meubilair (hoog-laagbed) en steunen in het sanitair. Mensen met profiel 4 hebben op alle aspecten moeite en zijn meestal aangewezen op hulp van anderen. Als zij zelfstandig (kunnen) blijven wonen, zullen zij behoefte hebben aan een volledig toegankelijke en doorgankelijke woning, drempelloos en voorzien van verbrede deurposten en aangepast sanitair. Waarschijnlijk zijn veel mensen met profiel 4 daarnaast ook bedlegerig, wat extra eisen stelt aan de woning.

In het kader van het project Proeftuinen Woonservicegebieden van de SEV is het Piramidemodel ontwikkeld met als doel om op lokaal niveau vraag en aanbod in beeld te kunnen brengen. Voor het model worden mobiliteitsklassen onderscheiden aan de hand van een combinatie van de SCP-beperkingenmaat en gegevens over het gebruik van hulpmiddelen. Naast een groep die geen beperkingen kent of hulpmiddelen nodig heeft, worden drie groepen onderscheiden:

- groep A: lichte tot matige fysieke beperkingen en gebruik van wandelstok;
- groep B: matige tot zware fysieke beperkingen en gebruik van rollator of soortgelijk hulpmiddel;
- groep C: lichte tot zware fysieke beperkingen en permanent in een rolstoel.

Groep A zou volgens het model behoefte hebben aan een nultreden-meergezinswoning, groep B aan woningen met woonkeur rollator en groep C woningen met woonkeur rolstoel. Het aantal personen van 55 jaar of ouder per mobiliteitsklasse wordt geraamd op: groep A (544.000), groep B (395.000) en groep C (39.000) (ABF, Piramidemodel).

Voor de toekomst wordt door TNO voor de groep 65+ers verwacht dat de prevalentie niet veel zal veranderen. Dit wordt veroorzaakt door een aantal plussen en minnen ten aanzien van de levensverwachting en gezonde levensjaren. Aan de ene kant worden mensen ouder en blijven zij, mede door een hoger opleidingsniveau, ook langer gezond. Aan de andere kant neemt de groep oudere ouderen die op een gegeven moment wel iets gaat mankeren toe. Veel mensen gaan over op een gezondere leefstijl: meer bewegen, minder roken, betere voeding. Het aantal mensen met welvaartsziekten neemt daarentegen ook toe: meer obesitas, meer stress.

Tabel 3.5 Uitgaande van ongewijzigde prevalentiebeperkingen en het zorggebruik in 2030 (TNO)

65+ in 2030	Absoluut	%
Profiel 1, geen beperkingen	3.400.000	81,9
Profiel 2, enkele mobiliteitsproblemen	365.000	8,7
Profiel 3, incontinentie, ADL en mobiliteitsproblemen	235.000	5,6
Profiel 4, ernstige fysieke beperkingen	42.000	1,0

In de Monitor Investeren voor de Toekomst 2009 rapporteert het ministerie van BZK over de voortgang in de realisatie van de voor ouderen en mensen met beperkingen geschikte woningvoorraad en de geraamde opgave voor de komende jaren. De woningvoorraad bestond in 2009 uit 1,8 miljoen geschikte woningen, waaronder 900.000 huurwoningen. Het tekort was in 2009 gedaald met 45.000 woningen tot 87.000 geschikte woningen. Gelet op de behoefte onder 55+ers zouden er in de periode 2009-2018 ruwweg 40.000 geschikte woningen per jaar extra beschikbaar moeten komen, met name onder invloed van de bevolkingsontwikkeling en de extramuralisering. Verzorgd wonen (24-uurszorg op afroep beschikbaar) gaat een groter deel van de vraag uitmaken.

Eerder werd opgemerkt dat het aantal kwetsbare mensen in Nederland niet evenredig meegroeit met de toename van het aantal ouderen. Dit betekent volgens ons niet dat de prevalentie voor het krijgen van aandoeningen verandert, hoewel een hoger opleidingsniveau één van de plussen is om langer gezond te blijven. De toekomstige oudere zal straks wel beter in staat zijn om met zijn aandoening om te gaan. Bijvoorbeeld omdat de hoger opgeleide oudere met mobiliteitsproblemen beter in staat is om elektronische hulpapparatuur te bedienen of weet hoe in contact te blijven met de buitenwereld door middel van internet of andere oplossingen.

Dementie

Dementie is een ziekte met grote negatieve impact op de kwaliteit van leven van de patiënt zelf en zijn/haar omgeving. Dementie begint vaak sluipend en kent een glijdende schaal van desoriëntatie, stemmingsstoornissen, decorumverlies, incontinentie tot het verlies van besef van elke fysieke activiteit (eten, praten, lopen). Veel mensen met dementie eindigen hun leven in een zogenaamd vegeterende toestand (bedlegerig, volledige verzorging nodig). In Nederland zijn op dit moment bijna 200.000 (Trimbos, Nationaal Kompas) mensen met dementie.

Dit is een grove schatting van het vóórkomen van de ziekte van Alzheimer of vasculaire dementie. Deze mensen bevinden zich in alle stadia van de ziektes. Van de mensen met dementie woont ongeveer tweederde thuis (Alzheimer Nederland). Naar verwachting groeit in 2030 het aantal dementerenden tot 500.000 mensen. Van dit aantal hebben straks 122.000 mensen (in 2011: 70.000) een dermate ernstige vorm van dementie dat zij niet in staat zijn zonder hulp zelfstandig te blijven wonen (TNO). Omdat het aantal alleenstaande ouderen sterk toeneemt, zal ook de behoefte voor een specifieke woonsituatie voor demente ouderen sterk toenemen.

Eenzaamheid

Eén op de drie Nederlanders voelt zich wel eens eenzaam. Chronisch zieken, gehandicapten, ouderen, allochtonen, mantelzorgers, dak- en thuislozen en alleenstaanden voelen zich eerder eenzaam dan anderen. Van de 2,6 miljoen 65+ers voelt bijna 1 miljoen zich eenzaam. (TNS/NIPO). Vier procent (dit zijn meer dan 100.000 mensen) voelt zich ernstig tot uiterst eenzaam. Het meest eenzaam zijn alleenwonende ouderen die gescheiden zijn en weinig sociale relaties hebben. Ook onder 55+ers komt eenzaamheid voor: van 4,1 miljoen 55+ers in 2008 voelden 200.000 zich extreem eenzaam. Zij hebben slechts eens in de maand een sociaal contact. 20% (420.000 ouderen) viert Kerst en Oud-en-Nieuw niet. Ruim 200.000 ouderen zitten tijdens de feestdagen alleen. Zelf actief blijven en bijvoorbeeld vrijwilligerswerk doen of deelnemen aan (laagdrempelige) activiteiten vermindert eenzaamheid en de kans op sociaal isolement.

Eenzaamheid verhoogt de bloeddruk, het stressniveau en het risico op een depressie. Het hebben van deze gevoelens werkt net zo slecht op iemands gezondheid als roken en drinken (Cacioppo).

Doordat straks veel ouderen hun hele leven hebben gewerkt en daardoor vaak een minder sterk sociaal netwerk in hun directe omgeving hebben opgebouwd, is het goed denkbaar dat eenzaamheid in de toekomst vaker voorkomt bij ouderen. Hoger opgeleiden beschikken tijdens hun leven vaak over een ruimtelijk gezien groot netwerk. Als hun mobiliteit met het verstrijken van de jaren afneemt, ligt niettemin ook voor deze groep eenzaamheid op de loer. Wellicht kunnen zij hun afnemende mobiliteit compenseren door gebruikmaking van andere vormen van communicatie. Vooral in de anonieme wijken (grootschalige naoorlogse wijken) en in grote steden zal eenzaamheid meer kunnen gaan optreden. In wijken met veel jonge doorstromers en wijken met veel tweeverdieners zullen ouderen zich sneller eenzaam voelen dan in wijken met veel leeftijdsgenoten en andere niet-werkenden. Door de vergrijzing en de toename van het aantal alleenstaanden en allochtonen is te verwachten dat straks in Nederland meer sprake zal zijn van eenzaamheid. Dit kunnen ook de woonomgevingen zijn waar ouderen zich minder veilig gaan voelen.

3.2.4 Hulpvraag door ouderen

Ouderen die kampen met gezondheidsproblemen, chronische ziekten of beperkingen krijgen hulp van partner of kinderen of roepen professionele zorg in. Veel zorg wordt geleverd door de huisarts. 70% Van de Nederlanders heeft jaarlijks contact met de huisarts (RIVM). Daarnaast doen ouderen een beroep op onder meer medisch specialistische zorg, fysiotherapie, thuiszorg en de intramurale ouderenzorg. Of op gemeentelijke voorzieningen zoals maaltijdverstrekking,

huishoudelijke hulp en vervoer. Hieronder wordt ingegaan op twee typen zorg: de mantelzorg en de professionele zorg (thuiszorg en de intramurale ouderenzorg).

Mantelzorg⁴

In 2007 gaven 3,5 miljoen mensen hulp aan zieken en gehandicapten; 1,7 miljoen mensen helpen in relatief ernstige zorgsituaties. Een op de vijf mantelzorgers verzorgt twee of meer personen. 71% van de mantelzorgers onder 65 jaar combineert de zorgtaken met een betaalde baan. Zij leveren vooral eigen vrije tijd in. Formeel verlof wordt alleen ingezet als laatste redmiddel. Tussen 50 tot 100 duizend mantelzorgers zijn (tijdelijk) gestopt met werken of zijn minder gaan werken, 17% is zwaar belast of overbelast door mantelzorg (vooral bij mantelzorgers voor mensen met dementie), 15% ervaart een achteruitgang in de eigen gezondheid.

Ouderen van 65 jaar en ouder gaan in de toekomst relatief gezien mogelijk minder beroep doen op mantelzorg, absoluut gezien daalt de vraag naar mantelzorg echter niet. Het aantal ouderen stijgt tot 2030 met 62%, maar het beroep dat men op de mantelzorg doet, neemt mogelijk slechts toe met 25%. Het totaal aantal ontvangers van mantelzorg stijgt tot 2030 met 8%, zo wordt verwacht (SCP). Oorzaak hiervoor is vooral het feit dat ouderen langer gezond zullen blijven.

Meerdere factoren zijn van invloed op de beschikbare omvang van de mantelzorg. Een groot deel van de mantelzorg vindt plaats door de partner, welke net als de zorgvrager in de toekomst waarschijnlijk langer zal leven. Dit is een positief effect op de beschikbaarheid. Daar staat tegenover dat het toenemende aantal eenpersoonshuishoudens een negatief effect heeft op de beschikbaarheid van mantelzorg. Een ander negatief effect is het feit dat mensen langer moeten doorwerken en dus minder tijd hebben voor mantelzorg. Ook indien kinderen verder weg wonen, is minder mantelzorg beschikbaar. Daarnaast kan de beschikbaarheid van mantelzorg uit het sociaal netwerk afnemen. In wijken met jonge gezinnen en tweeverdieners zijn de mensen in de buurt aan het werk of hebben een druk eigen leven. De verwachting is dat door de toenemende vergrijzing wel de zorg voor elkaar bij ouderen zal toenemen. Deze laatste ontwikkeling zal echter niet de andere ontwikkelingen kunnen compenseren.

Professionele zorg

Uit de LASA-studie blijkt dat in 2001/02 21% van de 65+ers een of meerdere welzijnsvoorzieningen gebruikte (maaltijden, vervoer, welzijn). Deze cijfers stammen nog van voor de WMO in 2006 waardoor de huishoudelijke hulp nog niet tot welzijn wordt gerekend. In 2001/02 kreeg 17% van de 65+ers professionele thuiszorg, dit betrof vooral hulp bij huishoudelijke taken. Van de 85-95-jarigen maakt ongeveer de helft gebruik van welzijnsvoorzieningen en/of thuiszorg (SCP).

Recentere cijfers van het CBS laten zien dat vanaf 2004 tot 2010 met het toenemen van de leeftijd het aantal gebruikers van huishoudelijke hulp, verpleging en persoonlijke verzorging thuis ook toeneemt. Vanaf 2004 tot 2010 is een daling van het zorggebruik (aantal uren) zichtbaar. Oorzaak hiervoor ligt vooral in het nader vastleggen en aanscherpen van de indicatiestelling. Vooral vanaf 2009 is een sterke daling zichtbaar. Dit geldt voor alle leeftijdsgroepen. Ook het totaal aantal

⁴ Mantelzorg is de onbetaalde zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevenden door naasten (meestal met een persoonlijke band tussen de mantelzorger en degene die hulp krijgt): partners, familieleden, vrienden, kennissen of burens.

geleverde uren is door de jaren heen gedaald, met een sterke knik naar beneden vanaf 2009. De gevolgen van de invoering van de WMO zijn ons inziens zichtbaar geworden. Het gebruik van thuiszorg verschilt per regio: in de vier grote steden en Noordoost-Nederland is het gebruik hoger dan in de rest van de Randstad en Zuid-Nederland (ABF). Een verklaring hiervoor kan zijn dat in de laatste twee gebieden meer gebruik gemaakt wordt van informele hulp waardoor een lager beroep op professionele thuiszorg wordt gedaan.

Ongeveer 158.000 mensen van 55 jaar en ouder verblijven permanent in een verzorgings- of verpleeghuis. Nederland telt ongeveer 1.700 verzorgings- en verpleeghuizen. Deze mensen wonen hier op basis van hun verblijfsindicatie: behoefte aan onplanbare zorg nabij en/of permanent toezicht. Zij ontvangen hulp en verzorging op alle mogelijke manieren. Vooral mensen met ziekten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat maken gebruik van verpleging en verzorging (inclusief thuiszorg). Van de mensen met dementie is eenderde opgenomen in een instelling. Ruim 40% van de mensen in een somatisch verpleeghuis verblijft daar door een beroerte (niet-aangeboren hersenletsel). Allochtonen maken weinig gebruik van verpleging en verzorging. Sinds de jaren tachtig is het aantal bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen afgenomen. Momenteel is dit aantal gestabiliseerd. De daling is toe te schrijven aan de afname van het aantal bewoners van verzorgingshuizen, verpleeghuizen kenden daarentegen een groei (RIVM). Het aantal plaatsen in verzorgingshuizen is de afgelopen decennia gedaald van circa 135.000 in 1990 naar ongeveer 100.000 op dit moment (CvZ).

3.2.5 *Aanvullende thema's*

Naast demografie, wonen, gezondheid en zorg zijn voor het wonen met zorg ook enkele andere wetenswaardigheden en verwachtingen over ouderen van belang. Zij volgen hieronder in onwillekeurige volgorde.

Opleiding

Het opleidingsniveau van ouderen is aanzienlijk gestegen in de afgelopen decennia (SCP). In 2005 zijn er meer mannen met een hbo- of wo-opleiding dan mannen met alleen basisonderwijs. Ook het opleidingsniveau van de vrouwen nam sterk toe, maar oudere vrouwen zijn nog een stuk lager opgeleid dan oudere mannen. Op dit moment lijken meisjes de achterstand te hebben goedge maakt en hebben zij dit omgezet in een voorsprong. Pas over een aantal decennia zal deze voorsprong zichtbaar worden in de opleidingsverdeling van ouderen. Het SCP verwacht tot 2030 een aanzienlijke stijging van het opleidingsniveau van ouderen en een nivellering van de verschillen tussen mannen en vrouwen. Een hogere opleiding hangt, zo komt in meerdere onderzoeken naar voren, samen met een hogere levensverwachting en meer gezonde levensjaren. Ook stelt een hogere opleiding de oudere van straks beter in staat om met nieuwe technieken, zoals technologie, ICT, sociale media, om te blijven gaan. Zij kunnen ook beter anticiperen op wijzigende omstandigheden, zoals anticiperend aanpassen van de woning in verband met mogelijke zorgvragen.

Inkomen en vermogen

De huidige ouderen beschikken gemiddeld over veel vermogen, dat wil zeggen de waarde van het eigen huis minus de hypotheekschuld en het overige financiële vermogen. Vermogens zijn echter ongelijk verdeeld over ouderen: ongeveer 40%

heeft niet of nauwelijks vermogen. Van de 3 miljoen huishoudens met een 65-plusser aan het hoofd kan 3% niet rondkomen van het huishoudinkomen (SCP). De inkomenspositie van jongere ouderen is beter dan die van de oudere ouderen.⁵

Uit het WoON 2009 komt naar voren dat het percentage huishoudens met een inkomen beneden modaal⁶ fors is gedaald sinds 1998 (van 44 naar 38%). Ook het aantal beneden modale huishoudens is afgenomen. Het aantal oudere huishoudens (65+) beneden modaal bleef echter constant: circa 1 miljoen. Oorzaak hiervoor is vooral de groei van het aantal ouderen. Mensen met een beneden modaal inkomen zijn vaker 55+ (de helft in 2009) of 65+ (eenderde in 2009).

Van alle leeftijdsgroepen hebben ouderen (SCP) de kleinste kans op armoede. Alleenstaande ouderen lopen het grootste risico op een inkomen beneden de armoedegrens. Dit betreft vooral ouderen met uitsluitend AOW (zonder aanvullend pensioen), ouderen met een onvolledige AOW en niet-westerse allochtonen. In 2009 bleek het percentage oudere huishoudens onder de armoedegrens sterk gedaald te zijn over de afgelopen tien jaar.

Een kwart van de Nederlandse pensioenfondsen heeft aangekondigd dit jaar of volgend jaar te gaan korten op de pensioenen. Dit treft veel ouderen direct in de portemonnee. Het koophuis dat als (mede)oudedagsvoorziening werd beschouwd, blijkt op dit moment moeilijk of zelfs niet verkoopbaar. Ouderen kunnen daardoor hun vermogen niet te gelde maken, hoewel verkoop onder de gangbare huizenprijzen in de meeste gevallen nog wel winst zal opleveren.

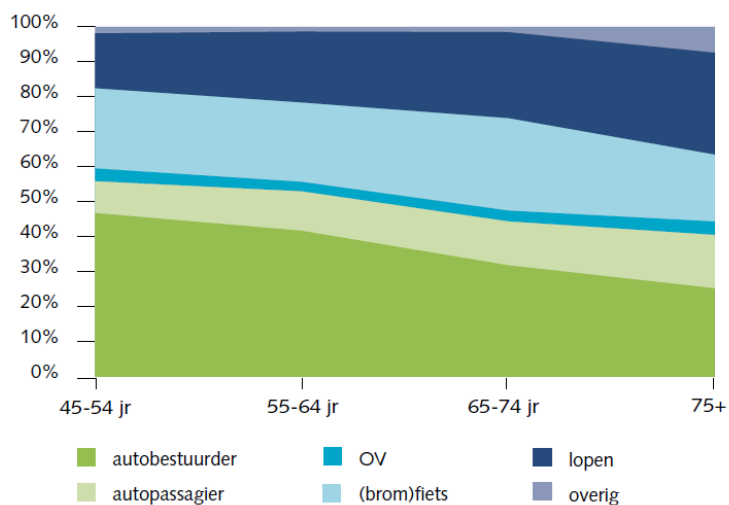
Mobiliteit

Het grootste deel van het aantal verplaatsingen van ouderen vindt plaats met de auto. Dit geldt ook voor hoogbejaarden. De overige verplaatsingen vinden vooral lopend plaats of met de fiets. Het aandeel verplaatsingen dat met het openbaar vervoer plaatsvindt, is zeer gering. Dit is in de studie "Grijs op reis" in de onderstaande figuur samengevat.

⁵ Mensen met een inkomen tot en met het sociaal minimum en de groep mensen met een inkomen boven het sociaal minimum dat recht kan geven op huurtoeslag betrof in 2002 voor 75+ers respectievelijk 11 en 40%. 55-64 jarigen scoorden respectievelijk 9 en 21%, 65-74 jarigen 9 en 30% van hun leeftijdsgroep. In 2008 bleek 7,2% van de 65+ers (100.800 personen) onder de lage armoedegrens te leven, dat wil zeggen voor alleenstaanden € 880,- en voor een echtpaar € 1.210,- per maand.

⁶ Het bruto modaal inkomen in 2010 lag op € 32.500,- per jaar (inclusief vakantiegeld).

Tabel 3.6 Aandeel verplaatsingen per persoon per dag naar leeftijd en vervoermiddel in 2007



Bron: CBS-OVG/DVS-MON, bewerking KiM.

Deze verdeling over type vervoermiddel zal in de toekomst niet sterk wijzigen. Wel zal de mobiliteit nog verder toenemen. Ouderen zijn in de toekomst vaker onderweg. Een grote groep ouderen is vitaal, heeft geld om er op uit te gaan en een substantieel deel van de ouderen zal in de toekomst ook nog parttime werken. Bovendien beschikken in de toekomst haast alle ouderen over een rijbewijs. Hun woonsituatie speelt eveneens een rol. Omdat veel ouderen in sub-urbane gebieden wonen, zijn ze voor voorzieningen vaak aangewezen op de auto. En omdat familie en vrienden vaak niet in de buurt wonen, pakken ze ook voor hun sociale contacten de auto. Ook voor medische zorg maakt een grote groep gebruik van de auto. Voor de ouderen is het hebben van een auto en door de keuring voor het verlengen van het rijbewijs komen belangrijk. Wanneer de auto wegvalt betekent dat een grotere afhankelijkheid van openbaar vervoer, taxiregelingen en mantelzorg. Dit wordt ervaren als een heel gedoe. Zeker voor mensen die niet in de buurt van voorzieningen wonen kan het een reden zijn om te gaan verhuizen. Omdat het aanbod van openbaar vervoer in landelijke gebieden zal afnemen of wordt vervangen door vervoer op afroep zal dit woonmilieu voor hoogbejaarden die niet meer kunnen beschikken over een eigen auto steeds minder aantrekkelijk worden. Verwacht mag dan ook worden dat een deel van de ouderen die na pensionering naar “buiten” zijn verhuisd op latere leeftijd terugkeren naar meer stedelijke woonmilieus.

ICT

Nederlanders zijn in grote getale actief op internet en zijn massaal deel gaan uitmaken van virtuele netwerken. Hyves (van Nederlandse origine), Facebook, Twitter en LinkedIn zijn niet meer weg te denken uit de Nederlandse samenleving. De meeste Nederlanders maken deel uit van één of meerdere virtuele gemeenschappen. Ook veel Nederlandse ouderen zijn actief op internet (CBS: 60% van 65-75 jarigen) en hun aantal behoort tot de Europese top (samen met Luxemburg, Zweden en Denemarken). De belangrijkste activiteiten van ouderen op internet op dit moment zijn bankieren, fotoboeken maken en mailen/skypen met familie en vrienden. Ook het aandeel ouderen met een mobiele telefoon is sterk gestegen tot 70%. Verwacht mag worden dat het aantal ouderen dat met de ‘tablet’ zijn/haar sociale netwerk onderhoudt, sterk gaat toenemen.

Veiligheid en vertrouwen

Bijna 20% van de 65+ers voelt zich vaak (4,1%) tot wel eens (15,8%) onveilig in de eigen buurt. Bijna alle vrouwen en driekwart van de mannen boven de 65 jaar zijn bang om 's avonds de deur open te doen. De helft van hen gaat minder vaak naar buiten door gevoelens van onveiligheid. Aan de deur worden bij ouderen jaarlijks 125.000 pogingen tot oplichting gedaan. Eén op de vijf pogingen lukt. Uit een Delfts onderzoek (2008) naar de veiligheidsbeleving door ouderen van hun buurt bleek naast het ontbreken van wijkagenten en slechte contacten tussen jongeren en ouderen ook donkere of onoverzichtelijke plekken en verpaupering een belangrijke rol te spelen bij het beleven van de veiligheid in de buurt.

3.3 Een beeld van de oudere straks: vier leefstijlen uit de babyboomgeneratie

Wat voor ouderen zijn wij straks? Want in dit essay spreken we vooral over de toekomst van onszelf en niet zozeer over die van onze ouders en grootouders. In de toekomst vormen we een steeds groter wordende groep vergeleken met de rest van de bevolking. Dat is één ding dat zeker is. Ook zullen we veel oudere ouderen om ons heen aantreffen.

In het volgende hoofdstuk wordt nader ingegaan op ontwikkelingsrichtingen die voor wonen en zorg een rol spelen. Maar eerst introduceren wij hier een viertal fictieve mensen uit de babyboomgeneratie (de ouderen van straks) met verschillende leefstijlen. We ontmoeten ze in het hier en nu en nog een keer in 2030. Deze fictieve personen zijn gebaseerd op de hiervoor beschreven trends. Hun ervaringen met wonen met zorg vormen input voor de scenario's en beleidsopties.

Tabel 3.7 Overzicht karakteristieken fictieve personen

	Willem	Hermine	Ronald	Khadija
Leeftijd 2012	52	66	60	64
Leeftijd 2030	70	Overleden	78	82
Opleiding	Laag	Midden	Hoog	Laag
Huishouden	Gescheiden	Gehuwd	Gescheiden	Weduwe
Baan	WIA	Ex-ondernemer	Ondernemer	Huisvrouw
Inkomen	Bescheiden pensioen	Vermogen uit verkoop zaak	Bescheiden door alimentatie	Gedeeltelijke AOW, bescheiden pensioen
Woning	Huur	Koop – hypotheek afgelost	Koop – hypotheek niet afgelost	Huur

Willem (1960)

2012

In een huurwoning in Almere woont Willem. Hij is alleenstaand. Is jaren geleden gescheiden, geen kinderen. Hij heeft jarenlang in de bouw gewerkt, waar hij in de aanleg van elektriciteit voorzag. Zeven jaren geleden is Willem afgekeurd vanwege fysieke problemen, waardoor hij zijn werk in de bouw niet meer kon doen. Hij heeft in zijn werkzame leven een bescheiden pensioen opgebouwd. Willem kampt vooral met problemen met (trap)lopen. Hij moet de tijd nemen om bijvoorbeeld boodschappen te doen. Zijn fysieke problemen weerhouden hem er niet van om wekelijks met vrienden te gaan biljarten. Hij heeft een goed contact met de burens in zijn straat. Hij wordt ook geregeld om advies gevraagd voor technische zaken.

2030

In 2030 is Willem 70 jaar oud. Zijn mobiliteitsproblemen zijn met het ouder worden erger geworden en hij heeft een rollator nodig bij het lopen. Hij heeft een hecht sociaal netwerk in de buurt en ook ziet hij zijn oude biljartvrienden nog regelmatig. Zijn inkomenssituatie is zorgelijk.

Hermine (1946)

2012

Sinds 1983 woont Hermine in Scheemda (Oost-Groningen). Zij is getrouwd met Jan-Cees en zij hebben samen 2 kinderen en 3 kleinkinderen. Tijdens hun werkzame leven runden Jan-Cees en Hermine een goedlopende kledingzaak in het centrum van Winschoten. De zaak hebben ze toen Jan-Cees 60 jaar werd goed verkocht. Ook de hypotheek van hun koopwoning is inmiddels afgelost. Jan-Cees is actief in Probus. Hermine deed veel vrijwilligerswerk voor een lokale politieke partij, maar daaraan is sinds kort een einde gekomen toen bleek dat Hermine dingen begon te vergeten. Ook moest Jan-Cees haar een keer ophalen in Delfzijl waar zij op een ochtend onbedoeld terecht was gekomen. Eén van de kinderen woont in Groningen en de ander is verhuisd naar de Randstad.

2030

In 2030 is Hermine overleden. Jan-Cees kijkt terug op de laatste jaren van Hermine. De regie over Hermine's leven lag op een gegeven moment volledig bij Jan-Cees. Hermine raakte in paniek als zij Jan-Cees niet zag of hoorde en hij zorgde ervoor zoveel mogelijk bij haar te zijn. Ook had hij een avatar van zichzelf laten maken, waarmee hij Hermine op momenten dat hij er niet was of op de dagopvang, toch op haar gemak kon laten zijn. Tijdens het verloop van haar ziekte breidde Jan-Cees de technologische voorzieningen in hun woning uit met onder meer slaapcomfort en dwaaldetectie. Hierdoor kon hij Hermine thuis laten blijven wonen waar zij twaalf jaar geleden overleed. Jan-Cees is nog fit en geniet van wandelen in de natuur en doet veel vrijwilligerswerk.

Ronald (1952)

2012

In een koophuis annex kantoorpand in Amsterdam woont sinds enkele jaren Ronald. Hij is werkzaam als zelfstandig ICT-specialist en is nog steeds voorzien van een volle portefeuille aan opdrachten. Na zijn afstuderen werkte hij geregeld voor uitzendbureaus. Pas toen hij 35 jaar werd, trad hij voor het eerst in loondienst en heeft vanaf dat moment zijn eerste pensioen kunnen opbouwen. Een deel van zijn toenmalig opgebouwde pensioen gaat naar zijn eerste ex-vrouw. Als zelfstandig ondernemer heeft hij uit kostenoverwegingen en wantrouwen jegens pensioenfondsen besloten geen aparte pensioenvoorziening te treffen. Hij raamt dat hij tegen de tijd dat hij met pensioen wil gaan, voldoende overhoudt aan de verkoop van zijn huis en kantoor.

2030

In 2030 is Ronald 78 jaar oud. Hij is gestopt met werken en heeft zijn huis annex kantoor verkocht.

Sinds enkele jaren kampt hij met gezondheidsproblemen: hij heeft een maagaandoening en lijdt aan COPD⁷. Naast de AOW heeft hij slechts een klein pensioen omdat een deel naar zijn ex-vrouw gaat.

Khadija (1948)

2012

In 1982 verhuisde Khadija vanuit Marokko naar Nederland om zich hier bij haar man te voegen. Zij woont nog steeds in een huurflat in Gouda, alwaar zij en haar man 3 kinderen kregen. Inmiddels is haar man overleden. Khadija heeft de Nederlandse taal niet goed leren beheersen. Ze kan zich ermee redden in het dagelijkse verkeer en als het echt moeilijk wordt kan ze op haar kinderen terugvallen. Nu ze op oudere leeftijd is, heeft Khadija het zwaar in Nederland. Ze ziet haar kinderen niet veel: zij hebben drukke banen. Ze voelt zich niet gezond en kampt naast diabetes met een steeds moeilijker wordende ademhaling en is daardoor erg moe. Ze heeft nog geregeld contact met enkele voormalige landgenotes, maar ook dat wordt minder. Teruggaan naar haar geboorteland is ook geen optie: de mensen die zij van vroeger kende zijn inmiddels vertrokken of overleden.

2030

In 2030 is Khadija 82 jaar. Haar gezondheidsproblemen zijn verergerd en ze kan daardoor amper het huis uit. Ze kan niet zonder hulp en voelt zich erg eenzaam. Ze heeft een bescheiden pensioen en geen vermogen.

⁷ COPD is een verzamelnaam voor onder meer de longziekten chronische bronchitis en longemfyseem. Het is een ongeneeslijke ziekte met ernstige benauwdheid als belangrijkste kenmerk. Mensen met COPD kunnen niet voor 100% goed ademen en moeten soms aanvullend extra zuurstof gebruiken.

4 Wonen met zorg: ontwikkelingsrichtingen

De toekomst is onvoorspelbaar. Wie vier jaar geleden had voorspeld dat iedereen op dit moment in de ban is van een mobiel apparaat van bijna A4-formaat waarmee je niet kunt bellen maar alleen internet kunt raadplegen, documenten digitaal kunt lezen en Angry Birds kunt spelen, was destijds voor gek verklaard. Dit hoofdstuk gaat dan ook niet over het voorspellen van de toekomst van 2020 en 2030, maar probeert een duiding te geven aan de mogelijke ontwikkelingen die invloed hebben op wonen met zorg voor ouderen in die jaren. De ontwikkelingsrichtingen worden kwalitatief beschreven.

4.1 Wonen, zorg en technologie

Wonen

Voor wat betreft het wonen in de toekomst zien wij de komende tien, twintig jaar de volgende autonome ontwikkelingen plaatsvinden:

- Prijsontwikkeling koopwoningen:
 - Waardevermindering eigen huis, hoewel dit op de langere termijn weer kan bijtrekken. Regionale verschillen zullen eveneens blijven optreden.
 - Hypotheekrenteaf trek wordt aangescherpt voor nieuwe gevallen. Op de kortere of langere termijn zullen waarschijnlijk meer ingrepen volgen.
- Meer marktconforme huren. Eerste stappen zijn gezet door aanpassing van het woningwaarderingssysteem en meer inkomensafhankelijke huren. Mogelijk worden in de toekomst verdere stappen gezet.
- Energieprijzen in relatie tot woonlasten gaan stijgen.
- Grote(re) regionale verschillen zullen optreden in vergrijzing, krimp, huurprijzen en waarde van de eigen woning.

De vraag naar woningen (en zorg) zal de komende decennia meer en meer beïnvloed worden door de vergrijzing. De voornaamste én bepalende trend voor deze vraag is dat het overgrote deel van de ouderen ervoor kiest zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen en te blijven deelnemen aan de samenleving. Ouderen zijn bereid hiervoor veel te accepteren en te laten. Zij zijn bereid om hun bed te verhuizen naar de woonkamer als zij niet meer boven kunnen komen. Desnoods gaan zij zittend de trap af. De wensen en het adaptatievermogen van ouderen zijn dan ook van groot belang voor de toekomst van wonen met zorg.

In het algemeen kan daarom verwacht worden dat ouderen uiteenlopende zaken zullen onderzoeken dan wel ondernemen om thuis (met zorg) te kunnen blijven wonen. Ook op hoge leeftijd, ondanks eventuele kwetsbaarheid en uiteindelijk ook met ernstige zorgvragen. Gemeenten, woningcorporaties en commerciële woningaanbieders kunnen hierop inspelen door goed te kijken naar de woonwensen van ouderen en bestaande bouw aan te passen of te slopen of over te gaan tot de bouw van (meer) specifiek voor ouderen geschikte woningen en woonomgeving. Daarnaast kan gerichte woningtoewijzing een betere matching van vraag en aanbod bewerkstelligen. Flexibiliteit in de woningbouw zal eveneens een must zijn om goed in te kunnen spelen op de behoefte van zelfstandig wonende ouderen. Het grootste deel van hun oudere leven hebben zij namelijk geen tot weinig zorgvragen.

De meeste ouderen zullen en kunnen bij het zoeken van oplossingen niet (langer) op de overheid rekenen. Zij regelen in veel gevallen zelf hun eigen wonen met zorg. Het liefst blijven ze in hun eigen woning en woonomgeving wonen. In de toekomst zal dat vaker een koopwoning zijn. Wel is er een toenemende groep ouderen, die zich voorbereidt op de oude dag. Bijvoorbeeld door:

- gezamenlijke *communities* te gaan vormen en hun eigen woningen te (laten) bouwen. Zo is het goed denkbaar dat panden die nu nog gebruikt worden als kantoor of een maatschappelijke functie hebben, in de toekomst worden ingericht voor collectief wonen voor ouderen;
- te kiezen voor het (anticiperend) aanpassen van de eigen woning (ook van eengezinswoningen) of aan te dringen op het verbeteren van de woning door de verhuurder; of
- te anticiperen door te verhuizen naar een plek naar eigen keuze waar (later) zorg mogelijk is. Dit kan leiden tot concentratie van ouderen.

Uit het onderzoek Senioren op de woningmarkt blijkt dat op dit moment nog weinig ouderen anticiperend verhuizen.⁸ Uit onderzoek en experimenten van de SEV komt tevens naar voren dat de bereidheid om zelf preventief te investeren in woningaanpassingen nog amper aan de orde is. Ongetwijfeld gaat dit in de toekomst veranderen.

Momenteel is sprake van een crisis op de woningmarkt. Woningen staan doorgaans lang te koop eer zij verkocht worden. Sommige woningen, vooral in de krimpgebieden, blijken moeilijk verkoopbaar te zijn. Huiseigenaren zetten hun eigen huis eerst in de verkoop, alvorens zij een nieuwe woning aanschaffen. Door de crisis zijn banken terughoudender geworden om hypotheek te verstrekken, waardoor zeker starters op de woningmarkt hun entree bemoeilijkt of geblokkeerd zien. Al met al dalen de huizenprijzen. Nu nog geleidelijk, maar bij aanhoudende stagnerende verkopen zullen de prijzen de komende jaren mogelijk nog verder gaan dalen. De aanscherping van de hypotheekrenteaftrek zal hier ongetwijfeld invloed op gaan hebben. Deze situatie kan er toe leiden dat ouderen die graag hun huis willen verkopen, langer in een ongewenste woonsituatie blijven zitten.

Wonen met zorg

Door het extramuraliseren van de lagere zorgzwaartepakketten voor verblijf in een AWBZ-instelling (ZZP's 1 tot en met 3) zullen lokale overheden steeds meer betrokken raken bij wonen met zorg. Vanwege de verwachte schaarste aan zorg(verleners) en oplopende zorgkosten zal het gemeenten er veel aan gelegen zijn om territoriale samenwerking te bevorderen. Ze zullen de vraag naar zorg willen compenseren door het (laten) treffen van slimme maatregelen rondom wonen, welzijn en leefomgeving. Lokale overheden hebben er belang bij dat oudere inwoners langer zelfstandig blijven wonen, zonder dat zij een te grote aanspraak doen op het voorzieningenaanbod.

Initiatieven voor wonen met zorg zullen komen en gaan. Er zijn ruimtelijk gezien meerdere mogelijkheden om de zorg te organiseren: intramuraal, geclusterd/gebiedsgericht, en aan huis.

⁸ 40% van de 55- tot 65-jarigen wil niet verhuizen, ook niet op de langere termijn. Zij willen het liefst 'tot de dood' in de huidige woning blijven wonen. Bij 75-plussers is dit aandeel bijna 70%.

= Intramuraal

Vroeger lagen de risico's voor de investeringen in zorgvastgoed bij de rijksoverheid. Door liberalisering van de bouwregelgeving in de zorg liggen de risico's voortaan bij de investeerder of zorginstelling zelf. Deze destijds met aparte financiering gebouwde zorginstellingen (verpleeg- en verzorgingshuizen) zullen door overheidsmaatregelen geheel of gedeeltelijk tot het domein van de volkshuisvesting gaan behoren. Bestaande zorggebouwen zullen door vraagvermindering tot 2030 geleidelijk aan verdwijnen en vervangen worden door clusters van zelfstandige woningen en eenheden (koop en huur) waar intensieve en onplanbare zorg mogelijk is. Kwaliteitsverschillen tussen zorginstellingen zullen groter worden, omdat sommige ouderen meer kunnen en willen betalen dan andere ouderen. Toekomstige nieuwbouw van traditionele verpleeg- en verzorgingshuizen achten wij niet waarschijnlijk. Vanwege de financiële onzekerheid zullen zorginstellingen en woningcorporaties niet bereid zijn om nog te investeren in specifiek (zorg)vastgoed. Bovendien is niet bekend of deze bouw nog langer voorziet in de behoeften en wensen van ouderen.

= Geclusterd/ gebiedsgericht

Er kunnen clusters (woonservicegebieden) ontstaan die een belangrijke functie voor de buurt hebben. In een woonservicegebied (SEV) zijn wonen, zorg en welzijn zo georganiseerd dat ouderen en mensen met een beperking lang zelfstandig kunnen blijven wonen zonder in een isolement te raken. Zij kunnen zo veel mogelijk zelf de regie nemen over de kwaliteit van hun leven. Binnen zo'n gebied is sprake van wonen, welzijn en zorg op maat, variërend van aanpassingen aan de woning tot 24-uurszorg. Het gebied bevat verder een goed voorzieningenniveau, zoals een trefcentrum, laagdrempelige eerstelijnszorg en toegankelijke winkels. Met name in wijken met een relatief grote groep ouderen zullen deze woonservicegebieden goed van de grond komen. Een woonservicegebied is overigens geen eenduidig product. De tien door SEV onderzochte proeftuinen laten zien dat de invulling op het terrein van wonen, zorg en welzijn lokaal sterk verschilt.

= Gespreid wonen

Een andere ontwikkeling is de groei van de wijkverpleegkundige zorg of toename van de *outreaching* zorg door bestaande (intramurale) zorginstellingen die werken vanuit zorgsteunpunten (bijvoorbeeld Zichtbare Schakels).

Toekomstige differentiatie woon-zorgsituatie

De differentiatie in woon-zorgsituatie zal in de toekomst groot zijn: alleen wonen of samen met anderen, verspreid of dichtbij elkaar wonen, particulier of collectief georganiseerd, wonen met of zonder garantie op 24-uurszorg, wonen in een stedelijk milieu of wonen in een landelijk milieu, enzovoorts.

In dit essay nemen we vier soorten woonsituaties voor wonen met zorg als uitgangspunt:

1. Zelfstandig – individueel (koop, huur): zelfstandige huishoudens waarin een of meer zorgvragers wonen; zelf georganiseerd: huren (al dan niet van een corporatie) of in het bezit van hun eigen woning. Zorg thuis wordt volgens de verzekeringspolis geleverd of privaat ingekocht. Mantelzorg en informele zorg voor en door elkaar. Gemeente en lokale aanbieders zorgen voor de inrichting van woonservicegebieden. *Voorbeeld Jan-Cees en Hermine.*

2. Zelfstandig – coöperatief (koop, huur): tweetallen of groepen ouderen kopen, bouwen of huren woningen of woonvormen waar zij gezamenlijk kunnen wonen en zorgen. De zorg (en welzijn) wordt vooral onderling geregeld. Gespecialiseerde zorg wordt ingekocht via de verzekering of particulier. Deze woonsituatie kan gelegen zijn in woonservicegebieden. *Voorbeeld Ronald.*
3. Zelfstandig – collectief (huur) (collectief georganiseerd: gemeente, corporatie en andere maatschappelijke instellingen): corporatie werkt samen met het lokale bestuur, leveren woningen en energie aan bewoners. Gemeente en lokale aanbieders zorgen voor de inrichting van woonservicegebieden. *Voorbeeld Willem.*
4. Beschermd wonen – collectief (koop, huur): Wonen in een instelling (huur) of in clusters van zelfstandige woningen oftewel thuis met (intensieve) zorg (huur, koop): mensen die door de aard en mate van hun aandoening of beperking dagelijkse ondersteuning nodig hebben. Zorg is onlosmakelijk verbonden met het wonen. Mogelijk gelegen in een woonservicegebied. *Voorbeeld Khadija.*

Technologie

De ontwikkeling van de technologie vormt een belangrijke impuls voor de toekomst van wonen met zorg voor ouderen. Technologie valt uiteen in vier hoofdgroepen.

Technologie levert ten eerste een bijdrage aan de curatieve zorg. Zoals opereren op afstand, telemonitoring, hartbewaking op afstand of het gebruik maken van steeds verder verfijnde operatie- of bestralingstechnieken. Deze vormen van technologie dragen bij tot het steeds meer vakkundig kunnen repareren van het menselijk lichaam en mogelijk verlengen van ons leven. Onlangs was het wereldnieuws dat een 3D-printer voor een onderkaak voor een hoogbejaarde vrouw heeft gezorgd. Hiermee is de deur geopend voor grandioze reparatiemogelijkheden van de harde bestanddelen van ons lichaam. Dit zorgt ervoor dat mobiliteitsproblemen bij ouderen iets afnemen. De voortgang van stamcelonderzoek en het daarmee kweken van nieuwe organen zal eveneens doorzetten waardoor wellicht in 2030 steeds minder donoren nodig zijn.

Ten tweede draagt technologie bij aan het zorgproces in de langdurige zorg (thuiszorg, intramurale zorg) en aan het behoud van zelfstandigheid van thuiswonende ouderen. Door middel van domotica kan bijvoorbeeld dwalen worden voorkomen of wordt een val vroegtijdig gedetecteerd. Ouderen met zorgvragen die thuis wonen kunnen door technologie geholpen zijn door bijvoorbeeld memochips (voor het verlenen van hulp of herinneren), telecare, E-health en technologie voor selfmanagement. Daarnaast wordt gewerkt aan de steeds verdere ontwikkeling van robotachtige hulpmiddelen die daadwerkelijk taken op het gebied van algemeen dagelijkse levensverrichtingen kunnen gaan overnemen. Digitale communicatie en toegang tot diensten en producten is een ontwikkelingsrichting die ook in het wonen met zorg voor ouderen voor de toekomst een voorname rol zal spelen. Dit zal in de toekomst alleen maar toenemen door de groei van de technologische mogelijkheden en de verwachte schaarste aan arbeidskrachten.

Technologie vergroot de mogelijkheden voor ouderen om langer thuis te blijven wonen, doordat zij bijdraagt aan het verhogen van het wooncomfort. Bijvoorbeeld domotica voor het automatisch openen en sluiten van de gordijnen, boodschappen bestellen als de koelkast leeg is of het huis automatisch beveiligen tegen brand en

inbraak. Ook robotica kan worden ingezet, bijvoorbeeld de automatische stofzuiger of kok.

Woningen hoeven in veel gevallen niet te worden aangepast om technologische toepassingen mogelijk te maken. Draadloze aansturing en bediening is nu al steeds meer gemeengoed, dus ruimte voor leidingen is straks zeker niet meer nodig. Daar waar technologie wordt ingezet voor bijvoorbeeld het helpen bij het toiletbezoek zal een goed toegankelijk toilet nog steeds onontbeerlijk blijken.

Tenslotte kan technologie gericht zijn op communicatie: internet, personal computers, tablets, mobiele telefonie zijn middelen om in contact te treden met anderen. Deze vorm van technologie gaat vereenzaming van ouderen tegen doordat de oudere in contact kan blijven met de buitenwereld. Ook op het moment dat hij/zij hiertoe fysiek niet meer in staat is.

De technische mogelijkheden lijken grenzeloos, toch zitten er ook grenzen aan ICT-gebruik. Deze hebben te maken met de benodigde vaardigheden en de benodigde investeringen.

De samenleving maakt meer en meer gebruik van de mogelijkheden die internet biedt. Voor digibeten wordt het steeds lastiger (en soms ook duurder) om te participeren in de samenleving. Om een woning te vinden en te vergelijken, om de ervaringen van mensen met een arts of zorginstelling te kunnen lezen, om meer te weten over aandoeningen of zelfhulp: ga naar www. Onder de oudere bevolking zijn de meeste digibeten te vinden. Mensen die internet destijds een hype vonden en het niet de moeite vonden om zich ook daarin nog te moeten verdiepen. Nu blijkt dat internet niet vanzelf is overgewaaid, vinden zij zichzelf vaak te oud om het alsnog te leren.

In de praktijk blijkt het nog steeds een groot probleem te zijn dat veel domotica en robotica het experimenteer- en subsidiestadium niet voorbij komt. Ook zien we dat degenen die als eerste gebruik gaan maken van nieuwe technologie daar verhoudingsgewijs veel voor betalen. Ook speelt de kosten-batenkwestie een grote rol: de investering door de een levert vaak alleen winst bij een ander op. Dit belemmert sterk de behoefte om te investeren. Als een zorginstelling bijvoorbeeld in domotica voor zijn zorgvragers investeert kunnen deze langer zelfstandig blijven en behoeven zij minder hulp. De instelling zal echter minder opbrengst krijgen, omdat zij minder uren kan draaien. Investerings blijven hierdoor vaak uit, tenzij winst behaald kan worden door het verminderen van het benodigd aantal personeelsleden.

Gezondheidszorg

De belangrijkste trend voor de Nederlandse gezondheidszorg is ongetwijfeld de wijzigende rol van de patiënt/cliënt. Deze wordt steeds meer zorgconsument in plaats van patiënt. De zorgconsument is steeds vaker hoger opgeleid, zoekt op internet naar de mogelijke behandelmethoden voor zijn/haar aandoeningen en confronteert hier de zorgverleners mee. De cliënt wordt mondiger en kritischer. Daarnaast wordt de cliënt geacht of in staat gesteld steeds meer zelf te doen: selfmanagement. Ook wordt de cliënt veel eerder dan vroeger ontslagen uit het ziekenhuis of wordt erop gewezen wijzigingen in de eigen leefstijl door te voeren. Een andere belangrijke trend is de verwachte afname van het beschikbare aantal werkers in de zorg. Dit wordt onder meer veroorzaakt door de afname van het

beschikbare aantal mensen in de leeftijdsgroep 15 tot 65 jarigen in relatie tot het groeiende aantal ouderen. Er wordt getracht dit probleem het hoofd te bieden door onder andere de inzet van meer technologie, meer selfmanagement door de cliënt en soms door arbeidsmigratie.

Voor de omschrijving van de ontwikkeling van de gezondheidszorg in relatie tot het gebouw is het belangrijk onderscheid te maken tussen verschillende zorgvormen: de op herstel gerichte zorg, de zorg voor chronisch zieken en de langdurige zorg voor mensen met beperkingen of ernstige (somatische of psychogeriatrische) aandoeningen. Deze drie hoofdvormen van zorg hebben ieder hun eigen dynamiek en ontwikkeling.

De curatieve, op herstel gerichte zorg, zal zich meer gaan concentreren op minder locaties. Mede door sturing van overheid en verzekeraars zullen ziekenhuizen zich meer gaan specialiseren, waardoor straks niet ieder ziekenhuis alles hoeft of kan aanbieden. Voor specialistische of topklinische zorg kan men straks nog maar op enkele plekken in Nederland terecht. Behoeftte aan spreiding van revalidatiezorg voor ouderen (bijvoorbeeld na een heupoperatie) blijft wel bestaan.

Zorg voor chronisch zieken zal zich daarentegen meer gaan spreiden. Het is de bedoeling dat eerstelijnszorg en de tweede lijn meer gaan samenwerken en komen tot zogenaamde anderhalvelijnscentra in de wijken. Zorg voor mensen met diabetes of COPD bijvoorbeeld kan hierdoor veel meer dichtbij huis plaatsvinden. Ook is denkbaar dat de medisch-specialist zijn spreekuren in deze anderhalvelijnscentra gaat houden, zodat mensen niet zo ver hoeven te reizen. Dit allemaal met als doel de groeiende groep chronisch zieken dichterbij huis van zorg te kunnen voorzien, door samenwerking kwaliteitsimpulsen te bewerkstelligen en de kosten te beheersen.

De langdurige zorg zal zich langzaam maar zeker richting het domein van gemeenten gaan begeven. Huishoudelijke verzorging voor thuiswonende cliënten behoort tot de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Door de verwachte verdere extramuralisering van de huidige verblijfszorg (ZZP's 1 tot en met 3 komen straks niet meer voor verblijf in aanmerking) behoort de huisvesting van mensen met een voorheen AWBZ-verblijfsindicatie meer en meer tot het domein van het wonen. Daarnaast wordt de revalidatiezorg overgeheveld naar het domein van de Zorgverzekeringswet. Tevens zullen zorgverzekeraars de uitvoering van de AWBZ voor hun eigen verzekerden gaan overnemen, waardoor meer integratie mogelijk wordt. Wellicht dat in de toekomst nog een zogenaamde romp-AWBZ voor de zeer zware langdurige zorgvragen overblijft. Ook is denkbaar dat op de lange termijn alle langdurige zorg geheel onder de verantwoordelijkheid van gemeenten komt te vallen. Dit laatste komt overeen met de variant 'Zorg Dichtbij', opgesteld door het Ministerie van Financiën in het kader van de Brede Heroverwegingen AWBZ in 2010. Andere varianten in dit rapport zijn: 'Eigen Regie' (regie bij de cliënt), 'Zorg Verzekerd' (regie bij concurrerende verzekeraars) en 'AWBZ-versoberd' (20% besparing door versobering van het AWBZ-pakket).

De gezondheidszorg zal verder professionaliseren. Technologie kan veel handelingen overnemen of verlichten. De gezondheidszorg zal steeds meer aandacht ontwikkelen voor de behoeften van de klant. Hierbij kan gedacht worden aan goede communicatie en omgangsvormen tussen cliënt en hulpverlener, beperkte wachttijden, dagelijkse zorg nabij en aansluiting van het opleidingsniveau

van de zorgverlener op het steeds verder stijgende opleidingsniveau van de zorgvragers.

4.2 Samenleving en leefomgeving

Belangrijk voor de toekomst van wonen met zorg is ook hoe de samenleving en de directe leefomgeving zich ontwikkelen. Dit geeft de marges aan in hoeverre burgers bereid zijn in de toekomst voor elkaar te zorgen en wat burgers van de overheid (mogen) verwachten.

Op dit moment maakt de overheid een aanzienlijke culturele wijziging door. Op vele beleidsterreinen blijkt de overheid zich niet meer op te willen stellen als 'de hoeder van de samenleving'. Zij stuurt vooral op de groei en ontwikkeling van de eigen kracht van burgers, organisaties en samenleving. Deze paradigmashift wordt voor een belangrijk deel gedreven en gerechtvaardigd door noodzakelijke bezuinigingen, maar deze zijn niet de enige oorzaak. De overheid anticipeert hiermee ook op de verwachte afname aan arbeidspotentieel. Tevens is terugtreden een antwoord op de door vele burgers gevoelde overheidsbetutteling en het afnemende vertrouwen in de juistheid en oprechtheid van overheid en instituties. Ondanks de huidige populariteit van economisch gezien modern conservatieve partijen zullen de komende jaren ongetwijfeld stelselhervormingen (arbeid, pensioen, zorg, woningmarkt) gaan plaatsvinden. Deels om te bezuinigen, deels om een verdere push te geven aan de weerbaarheid van de burgers in de samenleving.

De Nederlander heeft op dit moment veel om uit te kiezen, zoals de wijze van vrije tijdsbesteding, consumptie, energie, partner, ziektekostenpolis of telefonie. Die keuzevrijheid geldt overigens niet altijd en niet voor iedereen: mensen met een slechte arbeidspositie of laag inkomen hebben in het algemeen minder keuzemogelijkheden. Daarnaast wordt de keuze vaak beïnvloed door de media of de kringen waarin iemand verkeert. Hierdoor is de keuzevrijheid in principe ook beperkt. Daar waar sprake is van een overdaad aan keuzes blijkt in de praktijk vaak dat mensen geen daadwerkelijk nieuwe keuzes maken en alles bij het oude laten. Bovendien neemt de tevredenheid af, naarmate men meer keuzevrijheid heeft. Het is de vraag of de komende twintig jaar de keuzevrijheid voor de Nederlanders de huidige omvang blijft behouden. Waarschijnlijk zullen onder meer de onzekerheid over de economische vooruitzichten en de groter wordende schaarste aan grondstoffen en arbeidskrachten de keuzevrijheid gaan inperken.

De Nederlandse samenleving wordt verder gekenmerkt door individualisering. Dat wil zeggen dat het individu een groeiende mate van zelfbeschikking heeft gekregen om zijn/haar leven in te richten. Dit heeft geleid tot een wijziging in de onderlinge verhoudingen: hiërarchie is niet vanzelfsprekend meer. Maar ook tot het vooral concentreren op het eigen huis en directe omgeving. Daarnaast zoeken velen alleen contact met gelijkgestemden en boezemen andere, afwijkende individuen of culturen afkeer of angst in, of op z'n best onverschilligheid. Het koningshuis, successen van het nationale voetbalelftal of nationale rampen of bedreigingen, doen aan de andere kant het blijkbaar toch aanwezige saamhorigheidsgevoel van de Nederlandse bevolking ontwakken. Massaal wordt alles in de (sociale) media gevolgd of in gang gezet en kleurt het land oranje. Tot dusverre heeft de individualisering in Nederland er niet toe geleid dat de (van bovenaf opgelegde) solidariteit van jong met oud, rijk met arm en gezond met ziek aan de

kant is geschoven. De solidariteit staat wel onder druk, mede door de wijzigende samenstelling van de bevolking (vergrijzing) en meer intolerantie jegens andere culturen.

De directe leefomgeving⁹ zal de komende jaren in het teken staan van de veranderingen in de samenleving. Op dit moment zijn en worden diverse maatregelen getroffen om vooral de veiligheid in de leefomgeving verder te verhogen. De wijkzuster komt terug als tegenpool van grootschalige zorgverlening in aparte zorggebouwen. Ook worden elektronische hulpmiddelen ingezet. Leverde de plaatsing van de eerste bewakingscamera's in de publieke ruimte nog vele vragen over de privacy op, heden ten dage zijn wij hieraan gewend en voelen wij ons er veilig(er) bij. "Wie niets te verbergen heeft, heeft niets te vrezen", is hierbij het adagium van velen. In de komende jaren zal de belangstelling van gemeenten voor het wonen en de leefomgeving van ouderen nog verder toenemen. De mogelijkheden zullen verder ontdekt en ontwikkeld worden om deze zo in te richten dat ouderen kunnen blijven participeren aan de samenleving (uitgaande van eigen kracht). Ook in het geval dat beperkingen optreden.

4.3 Economie, inkomen en vermogen

Economische crisis

Met zijn kleine, open economie is Nederland kwetsbaar voor financiële en economische crises in het buitenland. Dit is op dit moment goed voelbaar: de economie krimpt licht of kent slechts een heel geringe groei en de werkloosheid stijgt. De belangrijkste oorzaken hiervoor zijn de gedaalde binnenlandse consumptie en een tegenvallende export door problemen in andere Europese landen. Door tegenvallende inkomsten (minder export, lage consumenten-bestedingen) en oplopende uitgaven (meer uitkeringen) zijn op dit moment extra maatregelen noodzakelijk. Daarnaast treft Nederland bezuinigingsmaatregelen (zie het huidige Begrotingsakkoord) om te voldoen aan de Europese norm voor begrotingstekorten. Alle bezuinigingen hebben weer hun invloed op onder meer de hoogte van het werkloosheidscijfer en de koopkracht van alle Nederlanders.

Economische toekomstscenario's

Economische crises, hoe diep ze ook gaan en hoe lang ze ook duren, hebben de neiging een tijdelijk fenomeen te zijn. Het welvaartspeil van een land daalt (sterk) vergeleken met het startniveau van de crisis, maar uiteindelijk ontwikkelt het peil van de economie zich weer naar een niveau (ver) boven het oorspronkelijke startniveau. Tot de volgende crisis zich aandient...

In de komende jaren zal de Nederlandse economie zich ongetwijfeld gaan herstellen en weer gaan groeien. Wanneer en in welk tempo dit gebeurt, is niet te voorspellen. Herstel en groei zullen gepaard gaan met hervormingen op diverse terreinen, met impulsen voor innovatie.

⁹ Onder leefomgeving wordt in dit essay verstaan de woonomgeving van de oudere. Deze strekt zich uit tot minimaal de wijk waar de oudere woont. De leefomgeving is het gebied direct achter de voordeur, van binnenuit gezien. De leefomgeving betreft de directe (publieke) ruimte rondom het huis: het pad tot aan de voordeur, de lift en hal of galerij. De straat, winkels, culturele en zorgvoorzieningen behoren eveneens tot de leefomgeving. Leefomgeving is zowel fysiek (inrichting, materiaalgebruik, vormgeving), als milieutechnisch (geluid, stank, luchtkwaliteit) en sociaal (ervaren en daadwerkelijke veiligheid, welzijn en welbehagen) op te vatten.

Om met deze onzekerheden in de economische ontwikkelingen en in de verdeling tussen publieke en private verantwoordelijkheden rekening te houden, hebben de planbureaus vier scenario's ontwikkeld (WLO, 2006). Elk scenario is een realistische combinatie van mogelijke ontwikkelingen. Deze worden in 4.4 verder uitgewerkt. De onzekerheden wat betreft de economische ontwikkelingen in Nederland hangen vooral samen met de mate waarin er sprake is van samenwerking tussen landen. Meer samenwerking betekent in het algemeen een hogere economische groei. Meer internationale samenwerking kan bijvoorbeeld ook betekenen dat internationale zorgaanbieders op de Nederlandse markt actief worden, waardoor zorgkosten kunnen dalen.

Ontwikkeling inkomen en vermogen ouderen

Hoe het met de inkomens- en vermogenspositie van de aankomende ouderen zal gaan, is eveneens moeilijk te voorspellen. Op dit moment is de AOW nog een basiszekerheid voor ouderen. De huidige problemen van pensioenfondsen hebben hun weerslag op de waardevermindering en de hoogte van de pensioenuitkeringen straks. Het vermogen van de fondsen is in veel gevallen (tijdelijk) bevroren of beperkt en dit zal doortellen in de komende jaren. Bovendien is het mogelijk dat – mede door de druk van jongere generaties – het huidige pensioenstelsel wordt herzien en gunstiger uitpakt voor jongeren. Daarnaast is, mede om de solidariteit tussen generaties te behouden, niet ondenkbaar dat toekomstige ouderen meer gaan betalen aan de zorg, om de zorgkosten niet al te zeer op te laten lopen.

Mogelijk dat ouderen hun opgebouwde vermogen (huis, aandelen, spaargeld) gaan/moeten aanspreken om goed te kunnen wonen, zorg in te kopen of hun pensioen aan te vullen. Er wordt nagedacht over constructies om dit gemakkelijker te maken. Echter, de oudere kan zijn vermogen maar één keer uitgeven. Daarnaast moet het vermogen van ouderen niet overschat worden. Door de economische crisis en de hiermee gepaard gaande waardevermindering en de afgelopen jaren in grote getale afgesloten aflossingsvrije hypotheeklen zouden de ouderen minder vermogen kunnen hebben opgebouwd dan velen denken. Bovendien, indien ouderen hun vermogen moeten gaan aanspreken kunnen hierdoor de prijzen van huizen en aandelen onder druk komen te staan. Vooral als een grote hoeveelheid bezittingen van de omvangrijke babyboom generatie wordt verkocht aan een kleinere groep post-babyboomers, hetgeen zich in Japan reeds voordoet (Nishimura e.a.). De waardedaling van huizen wordt afgeremd door de langere levensverwachting en de stijgende vraag van eenpersoonshuishoudens. Wel kunnen door een dergelijke ontwikkeling verschillen ontstaan tussen typen woningen. Het is goed denkbaar dat met name het aanbod van relatief minder aantrekkelijke eengezinswoningen in naoorlogse nieuwbouw hierdoor sterk toeneemt.

Ontwikkeling energiekosten

Een extra financiële last voor ouderen is de voortgaande stijging van energiekosten. Ouderen gebruiken vaak meer gas en elektriciteit dan jongere generaties. Ouderen zijn meer thuis en zetten de verwarming vaak een graadje hoger dan jongeren. Ouderen die in een (te groot) onverkoopbaar ongeïsoleerd huis wonen of ouderen die een slecht isoleerbare woning huren, merken deze prijsstijgingen en kunnen vaak niets anders doen dan de rekeningen te betalen. Oudere eigenaar-bewoners zijn vaak vanwege hun ongewisse levensperspectief niet bereid veel te investeren in energiebesparende maatregelen. Ouderen die overwegen te verhuizen naar een

nieuwe(re) huurwoning zien soms op tegen de relatief hoge huurprijs. Dat de energielasten in de nieuwe woning een stuk lager kunnen zijn, is iets dat vaak ten onrechte niet in de afweging wordt betrokken. Het hogere energiegebruik door ouderen was trouwens aanleiding voor de Engelse regering om zogenaamde 'winter fuel payments' voor 65+ers mogelijk te maken. Van dit systeem zeggen overigens jongere ouderen (65-75-jarigen) dat het beter pas kan ingaan voor echte ouderen (75-jarigen). Zij raden tevens aan om het inkomensafhankelijk te maken (Demos).

4.4 Vier mogelijke toekomsten

De voorgaande paragrafen laten zien dat vele factoren van invloed zijn op de ontwikkeling van wonen met zorg in de toekomst. De toekomst is lastig voorspelbaar. Daarom schetsen wij in deze paragraaf vier toekomstbeelden voor 2030, uitgaande van twee uiterste waardensystemen en twee economische scenario's. De waardensystemen behelzen enerzijds het systeem van een (verder) terugtrekkende overheid die stuurt op de eigen kracht en eigen verantwoordelijkheid van burgers en organisaties, anderzijds het systeem van de overheid die zich opwerpt als de beschermer van ouderen en veel voorzieningen treft. Het ene economische scenario gaat uit van groeiende welvaart, het andere van een voortdurende economische depressie. Deze scenario's zijn geïnspireerd door de scenario's zoals deze door de gezamenlijke planbureaus in de studie Welvaart en leefomgeving (WLO 2006) zijn uitgewerkt. Wij hebben gekozen voor de extreme assen 'grote/kleine overheid' en 'zwakke/sterke economie'. Er zijn meer assen denkbaar, maar gezien de ontwikkelingen in Nederland, liggen deze assen ons inziens het meest voor de hand. De scenario's zijn overdrijvingen. Het is niet mogelijk de kans aan te geven dat deze scenario's daadwerkelijk waarheid worden.



De vier toekomsten die wij op basis van deze onzekerheden hebben geconstrueerd, zijn:

- **“Iedereen kan het zelf”** (kleine overheid, sterke economie)
De economie bloeit in 2030, mede dankzij de jaren geleden gedane forse ingrepen in het bestel van de woningmarkt, gezondheidszorg en pensioenen. De hypotheekrenteaftrek is nagenoeg afgeschaft en de huren zijn marktconform geworden. De huurtoeslag is afgeschaft. De gezondheidszorg kent veel eigen betalingen, alleen de spoedeisende hulp en levensbedreigende aandoeningen worden nog vergoed uit de ziektekostenverzekering.

Bijverzekeren is mogelijk, deze verzekeringen zijn echter alleen aantrekkelijk voor jonge en gezonde mensen. De vraag naar arbeid is groot, Nederland kent daardoor een hoog aantal migranten.

➤ **“Red je zelf”** (kleine overheid, zwakke economie)

Ondanks gedane ingrepen in de stelsels, kon de economie niet opkrabbelen en duurt de economische recessie voort. De hypotheekrenteaftrek en de huurtoeslag zijn nagenoeg tot nul gereduceerd. De werkloosheid blijft hoog ondanks de lage lonen, de woningmarkt zit op slot en er wordt weinig geïnvesteerd.

➤ **“Veren kussens”** (grote overheid, sterke economie)

Naast een bloeiende economie, kent Nederland in 2030 ook nog veel collectieve voorzieningen. Na enkele forse ingrepen in het basispakket van de zorgverzekering en verhogingen van het eigen risico, kent de verzekering nog gunstige vergoedingen voor mensen met een chronische ziekte. De zorgtoeslag is afgeschaft en vervangen door een inkomensafhankelijke eigenbijdrageregeling. De solidariteit in de toegang tot de verzekering is overeind blijven staan. De AWBZ is afgeschaft en deels overgeheveld naar de zorgverzekeringswet en het domein van de gemeenten. Gemeenten hebben hiervoor van het rijk extra financiële mogelijkheden gekregen en mogen eventueel ook extra belastingen treffen. Hypotheekrenteaftrek is voor woningen in de middensegmenten en mensen met lagere inkomens nog steeds aftrekbaar. Ook bestaat er nog een bescheiden vorm van huurtoeslag.

➤ **“Basisopvang”** (grote overheid, zwakke economie)

In deze laatste mogelijke toekomst van 2030 zijn collectieve voorzieningen nog steeds gemeengoed. Echter door de langdurig stagnerende economie hebben het rijk, gemeenten, woningcorporaties en verzekeraars moeten bezuinigen op de toegang tot de voorzieningen en de uitgaven aan banden gelegd. Collectieve voorzieningen zijn beschikbaar, maar alleen voor de meest kwetsbaren en zijn in omvang beperkt.

Rol van de actoren in de vier mogelijke toekomsten

Burger: in de as kleine overheid wordt vooral uitgegaan van de eigen kracht van burgers. Deze eigen kracht wordt bevorderd door het ontbreken van collectieve voorzieningen. Belang van eigen vermogen en sociale contacten als ondersteuning van de eigen kracht is essentieel.

De as grote overheid biedt de burger meer gemak door de aanbidding van allerlei voorzieningen. Hierdoor ontstaat mogelijk wel minder geneigdheid om dingen zelf te ondernemen, te organiseren.

Woningcorporatie: voor de woningcorporatie is van belang in hoeverre de huurinkomsten mogelijkheden bieden om meer te investeren in de woningen van hun huurders. Vooral als zij te maken hebben met een reeds oud zijnde of ouder wordend huurdersbestand of met een groeiend aantal nieuwe huurders die vanwege hun oude dag hun oude woning verkopen en willen huren. Als de overheidsbemoeienis minder groot is, zal het beroep op maatschappelijke organisaties zoals woningcorporaties groter worden. Corporaties kunnen in overleg gaan met gemeenten over de planmatige inzet van WMO-gelden om hun woningbezit beter geschikt te maken voor ouderen. De aanpasbaarheid van het

bezit speelt daarbij een rol. Evenals het bepalen van een gewenste mix tussen geschikte woningen voor ouderen en woningen geschikt voor zwaardere zorg.

Zorgverzekeraars: in de as kleine overheid is het verzekerde collectieve pakket beperkt. Verzekeraars hebben in deze omstandigheid de mogelijkheid om over te gaan tot uitgebreide risicoselectie en aspirant-verzekerden de toegang tot aanvullende verzekeringen te ontfangen. Zij zijn hierdoor in staat een financieel gunstige bedrijfsvoering in stand te houden en de premies laag te houden. Bij een groter collectief pakket waarvoor acceptatieplicht bestaat, zullen zorgverzekeraars zich meer gaan toeleggen op het afsluiten van arrangementen met zorgaanbieders. Bijvoorbeeld een arrangement dementiezorg of een arrangement heupfractuur. Ook het sturen van hun verzekerden naar preferente gecontracteerde zorgverleners zullen verzekeraars als methode hanteren om de kosten van de zorg te beperken. Bij een ongunstige economie kunnen verzekeraars geen hoge premies vragen.

Private investeerders, bouwers en ontwikkelaars: met de EU-staatsteunregeling en de wijziging van de Woningwet ontstaat er een level-playing-field tussen woningcorporaties en commerciële woningaanbieders. Te verwachten is dat laatstgenoemde aanbieders de komende jaren meer activiteiten zullen ontplooiën in het woningaanbod voor ouderen.

Gemeente: de gemeente zal steeds meer taken rondom wonen met zorg krijgen door de Wmo en wijzigingen in de AWBZ. De gemeente kan lokaal het beste bepalen wat nodig is om de participatie van haar ouder wordende burger te bevorderen. Zij kunnen samen met lokale partijen tot afspraken komen over (wederzijds) te leveren prestaties en inzet. In de as kleine overheid beperkt de gemeente haar taken rondom wonen met zorg tot een minimum of specifieke groepen. Zij laat veel over aan de lokale partijen en burgers zelf. In de as grote overheid regelt de gemeente alle wonen-en-zorgtaken voor haar inwoners. Afhankelijk van het economisch tij is de gemeente minder of meer in staat voorzieningen te treffen.

Rijk: ongeacht welk scenario beperkt de rol van het rijk zich vooral tot de bewaking van het systeem van wonen en zorg op hoofdlijnen. Het rijk delegeert taken naar de gemeente, die de gemeente zelfstandig kan uitvoeren (gemeentelijke autonomie). Mede afhankelijk van het beleid en bemoeienis van de gemeente hebben woningcorporaties mogelijkheden om (deels) eigen beleid te voeren voor wat betreft de huurinkomsten, investeringen in de woningvoorraad en dergelijke. Voorts heeft het rijk een belangrijke taak in het bevorderen van de economie. De scenario's laten zien dat een sterke economie van groot belang is voor de wijze waarop Nederlandse ouderen hun leven kunnen inrichten en wat zij daar uit kunnen halen.

Woon- en zorgsituatie van de vier fictieve personen

Laten we nu eens kijken wat de woonsituatie en zorggebruik van de vier fictieve personen is.

	Zelfstandig – individueel	Zelfstandig – samen	Zelfstandig - collectief	Beschermd wonen- collectief
Iedereen kan het zelf Overheid klein Economie sterk	De eigen woning van Jan-Cees en Hermine in Scheemda was op eigen kosten aangepast om tegemoet te kunnen komen aan de consequenties van de ziekte van Hermine. Zorg in huis werd zelfstandig ingekocht. De zorg werd geleverd door buitenlandse verpleegkundigen.	Ronald is gaan samenwonen met een goede vriend. Zij bewonen een huurpand in Purmerend. Ze zorgen deels voor elkaar. Uit de goede opbrengsten van zijn woning, zijn medicijnen en zorg in huis goed betaalbaar.	Dankzij de marktconforme huren is de woningcorporatie in Almere in staat geweest de huurwoningen te upgraden naar energiezuinig en is de woning aangepast. Willem is goed in staat in deze woning te verblijven. De huur kan hij opbrengen, omdat de woning energiezuinig is.	Khadija huurt een appartement in het verzorgingshuis in Gouda en neemt dagelijks deel aan activiteiten voor allochtone leefstijlgroepen. Haar medicijnen worden betaald door haar kinderen.
Red je zelf Overheid klein, Economie zwak	Door hun financiële buffer waren Jan-Cees en Hermine goed in staat voor zichzelf te zorgen. Dat was maar goed ook want het pensioen viel tegen. De zorg thuis werd geleverd door Nederlandse verpleegkundigen.	Door de tegenvallende inkomsten uit de verkoop van zijn huis en kantoor woont Ronald samen met een goede vriend in een goedkope huurflat. Zij zijn net in staat de huur en energiekosten van hun huis te betalen. Zorg en medicijnen zijn voor hem niet betaalbaar.	De woning van Willem is niet aangepast, omdat de huurstijgingen vanwege de crisis niet konden doorgaan. Willem heeft zijn bed in de woonkamer laten plaatsen, omdat hij de trap niet meer opkomt. Heel af en toe komt een vriend langs.	In het verzorgingshuis zit Khadija vaak alleen op haar kamer. Activiteiten vinden vanwege de bezuinigingen niet plaats. Haar kinderen zijn vanwege werkloosheid niet in staat de medicijnen en andere extra's te betalen.
Veren kussens Overheid groot Economie sterk	De gemeente Oldambt regelde voor Hermine de dagopvang, zorg in huis (veelal geleverd door buitenlandse verpleegkundigen) en aanleg technologische voorzieningen.	Geldzorgen zijn er niet voor Ronald. Zorg in huis wordt betaald door de gemeente, echter door personeels-schaarste krijgt Ronald niet alle zorg die nodig is. De verzekering betaalt zijn medicijnen.	De woningaanpassingen in Willems woning zijn gepleegd door de gemeente. De gemeente regelt ook het vervoer naar zijn vrienden.	De gemeente laat geregeld bijeenkomsten organiseren waar ook Khadija graag aan deelneemt. De verzekering betaalt haar medicijnen.

Basisopvang Overheid groot Economie zwak	Door hun financiële buffer bleven Jan-Cees en Hermine goed in staat voor zichzelf te zorgen. Via de gemeente was wel enige hulp beschikbaar, waarvoor Jan-Cees een hoge inkomensafhankelijke eigen bijdrage betaalde. Aanvullende private zorg door een Nederlandse verpleegkundige betaalde Jan-Cees zelf.	Omdat Ronald in dit scenario over weinig financiële mogelijkheden beschikt, ontvangt hij via de verzekering zijn medicijnen tegen lage kosten. Hij woont in een goedkoop huurpand samen met zijn vriend. Zorg in huis is goed beschikbaar vanwege de ruime arbeidsmarkt.	Met zijn bescheiden pensioen kwam Willem deels in aanmerking voor woningaanpassingen en hulp bij het douchen. Hij betaalt hiervoor een kleine eigen bijdrage. De gemeente heeft collectief vervoer als voorziening geschrapt.	Weliswaar heeft de gemeente vanwege de crisis moeten bezuinigen op de omvang van de diensten, toch is zij, samen met vrijwilligers, in staat om voor mensen als Khadija een basisvoorzieningspakket te bieden.
---	---	--	---	--

5 Beleidsopties

In dit slothoofdstuk gaan we toe naar de beleidsopties voor het bereiken van de hoofddoelstelling van beleid. De hoofddoelstelling is om ouderen met beperkingen (fysiek, sociaal en financieel) in staat te stellen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen met een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven tegen zo laag mogelijke collectieve en individuele kosten.

Allereerst wordt teruggekeken op de bevindingen over de ouderen van nu en straks en de verschillende ontwikkelingsrichtingen. Welke opgaven voor de toekomst halen wij hieruit? Vervolgens worden de opgaven en de doelstelling van het beleid gekoppeld aan wonen met zorg. De scenario's en de gevolgen voor mensen met beperkingen in financieel, fysiek en sociaal opzicht worden hierin meegenomen. De beleidsopties voor de landelijke overheid sluiten het hoofdstuk af.

5.1 Opgaven voor de toekomst

Samenvattend zien wij de volgende opgaven voor de toekomst:

- De komende decennia is er een forse toename van het aantal 65+ers in Nederland (4,5 miljoen in 2040). Het aantal 75+ers zal meer dan verdubbelen en groeit naar ruim 2,5 miljoen in 2040. Dit is de groep mensen die de meeste kans heeft op het krijgen van een zorgvraag. Hieronder bevinden zich in 2040 bijna 800.000 85+ers.
- Het aantal eenpersoonshuishoudens van 65+ers groeit harder dan de groei van het aantal ouderen zou doen verwachten. Dit wordt vooral veroorzaakt door de groei van het aantal 85+ers.
- De vergrijzing is ongelijk verdeeld over Nederland. In grensregio's en sommige voormalige groeigemeenten is straks 30% van de inwoners 65 jaar of ouder. Naast vergrijzing hebben of krijgen sommige regio's ook te maken met bevolkingskrimp.
- Ten aanzien van de verwachte gezondheid van de ouderen in de toekomst zijn er plussen te verwachten (betere leefstijl, betere behandeling, meer bewegen), maar ook minnen (welvaartsziekten, meer stress, milieuvervuiling). De plussen en minnen tegen elkaar wegstrepend verwachten wij een gelijkblijvende prevalentie voor 2030 en daarmee een stijging van het aantal mensen met mobiliteitsproblemen (of erger) van 400.000 in 2011 tot ongeveer 650.000 mensen in 2030. Door de toename van het opleidingsniveau van ouderen wordt verwacht dat het aantal kwetsbare ouderen minder snel groeit dan demografisch gezien. Hierdoor kunnen ouderen waarschijnlijk beter omgaan met hun gezondheidsproblemen (adaptatie en compensatie) en wellicht over meer mogelijkheden beschikken.
- Het WOO-n rapporteert dat er in 2009 1,8 miljoen geschikte woningen voor ouderen en mensen met beperkingen zijn, waarvan de helft in de huursector. Het is de vraag in hoeverre deze woningen voldoen aan de woonkeuren voor rollator of rolstoel conform het piramidemodel. Ook is niet bekend of mensen met een mobiliteitsprobleem ook daadwerkelijk wonen in voor hen geschikte woningen. De Monitor Investeren voor de Toekomst (BZK) gaat uit van een benodigde groei van 40.000 geschikte woningen per jaar tot 2018.
- Voor de toekomst wordt verwacht dat in 2030 ongeveer 122.000 mensen met dementie dermate hulpbehoevend zijn dat zij niet zonder permanente zorg zelfstandig kunnen wonen. Op dit moment bedraagt de capaciteit in verpleeg-

en verzorgingshuizen ongeveer 160.000 plaatsen, waaronder een kleine 100.000 verzorgingshuisappartementen. Deze zijn echter zorginhoudelijk niet alle zonder meer geschikt om mensen met dementie te huisvesten.

- De technologische ontwikkelingen zullen doorgaan en bieden hiermee mogelijkheden voor de toekomst van wonen met zorg voor ouderen met beperkingen. Het gaat om ontwikkelingen op het gebied van met name veiligheid, comfort en gemak in de woning, communicatie en zorginnovatie.
- De inkomensontwikkeling van ouderen in de toekomst is ongewis. Er zijn trends die een positief effect hebben op het inkomen en vermogen van ouderen: eigenaar van een woning, meer aanvullende pensioenopbouw, meer werkende vrouwen. Maar ook negatieve trends zijn nu al zichtbaar: zoals waardedaling koophuizen, restschulden koophuizen, afbouw pensioenuitkeringen, hogere eigen bijdragen in de zorg, hogere energierekeningen. Zoals ook de vier fictieve personen lieten zien, varieert het financiële plaatje van persoon tot persoon.

In sociaal opzicht hebben veel ouderen van straks waarschijnlijk minder binding met de buurt waar zij wonen. Vooral hoger opgeleiden zijn weggetrokken van de plek waar zij vandaan kwamen. Zij wonen nu daar waar zij het prettig vinden en hun kinderen een goede school konden bezoeken. Beiden forensden naar hun werk. Sociale contacten hebben ze met enkele gelijkgestemde mensen, welke doorgaans verspreid over het land of de wereld wonen. Veel speelt zich af via virtuele netwerken. Lager opgeleiden hebben meestal een lager inkomen en daarmee is hun woonkeuze beperkter. Zij vinden hun onderkomen vaker in huurwoningen.

5.2 Ontwikkelingsrichtingen wonen met zorg

In paragraaf 4.1 onderscheidden wij voor de toekomst vier gedifferentieerde woon-zorgsituaties in Nederland¹⁰. De koppeling van deze situaties met de doelstelling van het beleid, de opgaven en de scenario's leveren het volgende op:

1. *Zelfstandig – individueel*

Ongetwijfeld zal de huidige situatie waarin de meeste ouderen met beperkingen zelfstandig wonen en zorg thuis ontvangen worden doorgezet. Zelfstandig wonen met daarbij het behoud van de mogelijkheden om te kunnen participeren in de samenleving is de wens van de meeste ouderen. Ervan uitgaande dat mensen met mobiliteitsproblemen in de toekomst thuis blijven wonen (en niet verhuizen naar een geclusterde of beschermde setting) voorzien wij een groei in het aantal mensen dat in 2030 zorg thuis zal willen ontvangen. Deze zorgvragers zullen ook gebruik maken van woon-zorgsituatie 2 zelfstandig-coöperatief en 3 zelfstandig-collectief. Thuis kunnen blijven wonen, draagt normaliter bij aan een verhoogd gevoel van kwaliteit van leven. Tenzij bijvoorbeeld verwaarlozing en vereenzaming de kop

¹⁰ 1 Zelfstandig – individueel (koop, huur): zelfstandige huishoudens waarin een of meer zorgvragers wonen; zelf georganiseerd: huren (al dan niet van een corporatie) of in het bezit van een eigen woning. Zorg thuis wordt volgens de verzekeringspolis geleverd of privaat ingekocht. Mantelzorg en informele zorg voor en door elkaar.

2 Zelfstandig – coöperatief (koop, huur): tweetallen of groepen ouderen kopen, bouwen of huren woningen of woonvormen waar zij gezamenlijk kunnen wonen en zorgen.

3 Zelfstandig – collectief (huur) (collectief georganiseerd: gemeente, corporatie en andere maatschappelijke instellingen): corporatie werkt samen met het lokale bestuur, leveren woningen en energie aan bewoners. Gemeente en lokale aanbieders zorgen voor de inrichting van woonservicegebieden.

4 Beschermde wonen – collectief (koop, huur): wonen in een instelling (huur) of in clusters van zelfstandige woningen oftewel thuis met (intensieve) zorg (huur, koop): mensen die door de aard en mate van hun aandoening of beperking dagelijkse ondersteuning nodig hebben.

opsteken, het grootste risico voor mensen die in financieel en sociaal opzicht beperkingen hebben. In het scenario 'Red je zelf' (kleine overheid, zwakke economie) bestaat hierop de meeste kans, omdat in dit scenario uitgegaan wordt van veel eigen betalingen in combinatie met een slecht draaiende economie.

2. Zelfstandig – coöperatief

Naast het voortbestaan van het zelfstandig wonen met beperkingen zien wij voor de toekomst ook een andere vorm van zelfstandig wonen met zorg ontstaan. Dit betreft voornamelijk het gaan samenwonen of clusteren van twee of meer ouderen (niet zijnde partners) die – indien nodig – voor elkaar kunnen zorgen. Zij kunnen samen een woning of appartement kopen of huren, dan wel gezamenlijk een voormalig publiek pand betrekken of een gezamenlijk pand laten bouwen. Voorheen waren deze gemeenschappelijke woonvormen spaarzaam. Wij verwachten dat door de ontwikkelingen van de laatste decennia en in de toekomst (het zoeken naar gezamenlijke leefstijlen en de afwezigheid van collectieve voorzieningen) meer ouderen hiervoor gaan kiezen. Deze initiatieven dragen bij aan een verhoging van de kwaliteit van leven, immers zorg wordt onderling geregeld en eenzaamheid en verwaarlozing worden tegengegaan. Ook leiden zij tot een lager of geen beslag op de collectieve middelen. In alle scenario's zullen deze initiatieven welvaren. De scenario's met de zwakke economie zorgen voor een extra impuls om gezamenlijk wonen en zorg te regelen. Het scenario 'Veren kussens' levert mogelijk een overload aan voorzieningen op, die deze collectieven niet echt nodig hebben.

3. Zelfstandig – collectief

Deze woon-zorgsituatie past goed in de scenario's 'Veren kussens' en 'Basisopvang'. Gemeenten en woningcorporaties maken gezamenlijk wonen met zorg thuis voor ouderen mogelijk, daarbij ondersteund door de inzet van ICT. Veel zorgvragers uit de eerst genoemde woon-zorgsituatie (zelfstandig-individueel) kunnen ook in deze constructie terecht. Aan de kwaliteit van leven wordt door deze woon-zorgsituatie zonder meer bijgedragen. Het beslag op de collectieve middelen blijft bestaan. De individuele betalingen liggen in ieder geval op het terrein van het wonen (huur, hypotheek) en eigen bijdragen voor de zorg. Mogelijk betalen de bewoners ook zelf voor de technologische voorzieningen die in de woningen worden getroffen om zelfstandig te kunnen wonen (alarmering, wooncomfort, communicatie).

4. Beschermd wonen – collectief

Voor de mensen die door hun ernstige beperking of aandoening niet meer in staat zijn zelfstandig te blijven wonen, is beschermd wonen in een intramurale instelling of in rond een zorgsteunpunt geclusterde woningen een oplossing. Niet alleen de fysieke of psychische aandoening kan leiden tot meer behoefte aan beschermd wonen. Intramurale instellingen zouden in de toekomst ook open kunnen staan voor mensen die het, ondanks een geringe beperking, financieel slecht hebben of sociaal iedere steun ontberen. Naar verwachting groeit het aantal mensen met dementie met een dermate vergevorderd stadium waarin zelfstandig wonen zonder permanente steun niet meer mogelijk is van 70.000 nu naar 122.000 in 2030. Deze groep zal waarschijnlijk voor een groot deel een beroep gaan doen op beschermd wonen. De huidige capaciteit van plaatsen in verpleeg- en verzorgingshuizen (160.000) kan hierin tegemoet komen. De verzorgingshuisappartementen zijn echter op dit moment niet zonder meer zorginhoudelijk geschikt om aan deze vraag te kunnen voldoen. In de scenario's

‘Iedereen kan het zelf’ en ‘Red je zelf’ is weinig collectief geregeld, waardoor veel betalingen van de burgers zelf gevraagd zullen worden. Ook van de mensen die beschermd wonen. De scenario’s ‘Veren kussens’ en ‘Basisopvang’ bieden meer collectieve voorzieningen, maar ook daar zullen eigen betalingen (bijvoorbeeld huur van de kamer of appartement) aan de orde zijn. De kwaliteit van leven in deze woon-zorgsituatie is voor wat betreft het wonen en de verzorging gegarandeerd. Het tegengaan van vereenzaming van deze groep mensen is wel een aandachtspunt.

5.3 Beleidsopties

De hoofddoelstelling van beleid van de landelijke overheid is om *“ouderen met beperkingen (fysiek, sociaal, financieel) zo lang mogelijk zelfstandig laten wonen met een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven tegen zo laag mogelijke collectieve en individuele kosten”*. Welke beleidsopties heeft de landelijke overheid om dit te realiseren?

De Nederlandse situatie sluit op dit moment nog het meeste aan bij het scenario ‘Basisopvang’ (zwakke economie, grote overheid). Het overheidsbeleid beweegt zich op dit moment steeds meer richting de twee scenario’s met een kleine overheid (‘Iedereen kan het zelf’ en ‘Red je zelf’).

Naar aanleiding van de opgaven, de hoofddoelstelling van beleid en de omschreven woon-zorgsituaties in de toekomst komen wij voor de toekomst van wonen met zorg voor ouderen tot onderstaande beleidsopties. Bij de opties is geëxpliciteerd welk orgaan dit ons inziens aangaat. De opties zijn op te vatten als afzonderlijke aanbevelingen waaruit gekozen kan worden, niet als een totaalpakket.

- **Beleidsoptie 1: maak geen nieuw landelijk beleid voor wonen met zorg voor ouderen.**
 Uit de expertmeetings blijken al veel zaken rondom wonen met zorg voor ouderen goed te gaan, ondanks dat veel niet of niet goed geregeld is. Er wordt in veel gevallen gepleit voor meer samenwerking op lokaal niveau, beter letten op de behoeften van ouderen zelf en het nemen van eigen verantwoordelijkheid door partijen. Dit valt niet van bovenaf op te leggen of te regelen.
 Geen nieuw beleid zou ook een heel goede stimulans kunnen zijn voor de ontwikkeling van de woon-zorgsituatie Zelfstandig-coöperatief waarin ouderen zelf op zoek gaan naar mogelijkheden om met elkaar, onafhankelijk van de overheid, initiatieven te ontwikkelen. De overheid kan hierin faciliterend optreden. Ook kan de overheid helpen door kennis beschikbaar te stellen of daadwerkelijk te helpen.
 Wij raden de overheid af om over te gaan tot subsidieprogramma’s en langlopende experimentprogramma’s. Deze leiden er vaak toe dat betrokken partijen te afhankelijk blijven van subsidiestromen en niet overgaan tot eigen initiatief of andere alternatieven. Ook worden de uitkomsten van dergelijke programma’s vaak zeer bepaald door lokale omstandigheden, waardoor landelijke of internationale uitrol uitblijft. Wij stellen het ministerie voor in plaats daarvan over te gaan tot kortlopende experimenten (maximaal 1 jaar) met vooraf vastgestelde tijdslimieten. Deze experimenten moeten tot doel hebben om de opgedane kennis te delen en te komen tot (meer) algemeen toepasbare

prototypes en/of standaarden. De experimenten kunnen worden verworven door het uitschrijven van prijsvragen.

Deze optie betreft uitsluitend het ministerie van BZK. Voorgesteld wordt om alleen in te zetten op het stimuleren, faciliteren en kennis delen, zodat initiatieven uit de samenleving optimaal worden benut.

- **Beleids optie 2: stimuleer gemeenten en corporaties voor wonen met zorg**
Zelfstandig wonen voor ouderen met beperkingen en de kwaliteit van leven kunnen goed geborgd zijn in die woon-zorgsituaties waarin gemeenten en woningcorporaties gezamenlijk zorgdragen voor wonen met zorg (Zelfstandig-collectief). Dit wordt reeds jaren door het ministerie van BZK gestimuleerd. Uit onderzoek van HHM in 2008 blijken wonen met zorg initiatieven door diverse oorzaken wisselend van de grond te komen. Een hoofdoorzaak is niet aan te wijzen; het betreft altijd een combinatie van factoren of iets wel of niet een succes wordt.
In onze optiek zijn woningcorporaties en gemeenten de meest geschikte partijen om zelfstandig wonen-collectief vorm te geven omdat zij bij uitstek maatschappelijke doelen hebben.
Veel zorgwetgeving ligt nu nog besloten bij het ministerie van Volksgezondheid (AWBZ). De overheveling hiervan naar de Wet maatschappelijke ondersteuning zou in combinatie met de afspraken met woningcorporaties een goede stimulans zijn om wonen met zorg voor ouderen op lokaal niveau te combineren. Ook dragen zij samen zorg voor een goede en veilige leef- en woonomgeving. Bovendien voorkomt de overheveling naar de verantwoordelijkheid van de gemeente dat afschuiving richting de risicoloze AWBZ plaatsvindt. Voor doelgroepen zorgvragers die dermate ernstig ziek of onaanpast zijn dat wonen met zorg voor hen geen toegevoegde waarde heeft, zou een soort romp-AWBZ kunnen blijven bestaan. Onderbrenging in de Wet bijzondere medische verrichtingen (Beschermd wonen-collectief) is eveneens een mogelijkheid.

Voor het ministerie van BZK betekent deze optie voortgaan met het stimuleren van de samenwerking tussen corporaties en gemeenten. De belangrijkste wijzigingen die wij in deze optie voorstellen, gaan het ministerie van VWS aan: voortgaan op de ingeslagen weg om door de WMO-zaken rondom wonen met zorg voor de grote groep ouderen uit de AWBZ te halen. Het afbakenen van een romp-AWBZ dan wel de inzet van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen is eveneens aan VWS.

- **Beleids optie 3: overbodige regelgeving afschaffen of vereenvoudigen**
Deze optie wordt door velen te pas en te onpas geroepen. Graag hadden wij als essayisten hier een concreet lijstje met de af te schaffen of te vereenvoudigen regelgeving opgenomen. Wij zien voor de (groeierende) groep ouderen die coöperatieve initiatieven ontwikkelen vooral kansen liggen in het vereenvoudigen van de bestemmingswijzigingen en de mogelijkheden om bestaande huizen te koppelen of te clusteren of grondig te herbouwen om wonen met zorg mogelijk te maken. Hierin kan het ministerie van BZK een grote rol spelen.
Voor wat betreft de overige wet- en regelgeving kunnen wij de benodigde kennis binnen de gestelde tijd van dit essay niet verzamelen. De regelgeving

binnen de domeinen zorg, volkshuisvesting en ruimtelijke ordening is zo in beweging en complex dat we na enig speurwerk zijn gestopt. We kunnen wel op dit kruispunt van regelgeving enkele spelregels voor het simpeler maken van de wet- en regelgeving presenteren. We onderscheiden drie methoden om tot een vereenvoudiging te komen:

1. het stimuleren van projecten, waarin expliciet aandacht is voor versimpeling van de regelgeving (regelarme instellingen, regelvrije gebieden);
2. het afschaffen van overbodige regels die veelal ontstaan zijn na een incident (bijvoorbeeld permanente bewoning van recreatiewoningen).
3. Het herzien van totale wetten (zorgwet, omgevingsrecht en bouwbesluit); Langs deze wegen wordt reeds gewerkt. Belangrijk is dat tijdig en met de juiste partijen aan tafel de balans wordt gemaakt. Dit zou expliciet in de maatschappelijke adviesraden van de diverse ministeries aan de orde moeten worden gesteld.

De rol van het ministerie van BZK zien wij in eerste aanleg op het gebied van herbestemmen van gebouwen en de mogelijkheden om gebouwen te verbouwen of woningen te clusteren/koppelen. Het ministerie van BZK zou verder actief interdepartementaal de inschakeling van de maatschappelijke adviesraden aan de orde kunnen stellen.

➤ Beleids optie 4: de verwevenheid van woonregelgeving met andere regelgeving (zoals zorg, financiën)

Belangrijk aspect rond wonen en zorg is uiteraard de wijze waarop de overheid de marktwerking beïnvloedt. Men zet in op minder en minder verweven. Door beide zaken tegelijkertijd aan te pakken, is het effect op wonen met zorg ongewis. Voor het domein wonen gaat het om de hypotheekrenteaftrek, het huurbeleid, de huurtoeslag en de overdrachtsbelasting. Het voorgestelde zesstappenplan (Lansberg, et al) of de plannen Wonen 4.0 van de Vereniging Eigen Huis, Aedes, Woonbond en NVM zullen voor de huidige generatie ouderen niet zoveel effect hebben. Voor de toekomstige generatie ouderen des te meer. De huidige discussie maakt dat zichtbaar. Toekomstige ouderen zullen reeds eerder in hun levensloop meer moeten nadenken over hun oude dag, zoals onlangs ook de Raad voor de Volksgezondheid adviseerde. Het gaat dan niet alleen om het pensioen maar ook hoe zij als ze oud zijn willen wonen en hoe zij hun zorg willen organiseren. Door deze discussie aan te gaan, kunnen er ideeën ontstaan over het gezamenlijk organiseren van de zorg voor de oude dag. Het stimuleren van samenwerking (niet ieder voor zich, maar samen oplossingen zoeken) is naast efficiency en effectiviteit een belangrijk vertrekpunt voor de overheid in de discussie over het ontvlechten van regels.

In deze beleids optie kan het ministerie van BZK een voortrekkersrol vervullen. BZK kan samen met andere ministeries en partijen de verwevenheid en mogelijkheden voor optimalisatie van wonen met zorg voor ouderen verkennen en daar waar nodig maatregelen treffen.

➤ Beleids optie 5: benut de in gang gezette aanpassing van het omgevingsrecht (de Omgevingswet) om indien nodig functieverandering in bestemmingen mogelijk te maken. Dit is reeds mogelijk voor kleinschalige woonzorginitiatieven.

Het ministerie van BZK kan hierin (mede in combinatie met beleidsoptie 1) een rol spelen ten aanzien van kennisdeling.

➤ **Beleids optie 6: regisseur en financier van de monitor van lokale en regionale ontwikkelingen.**

Door eigen initiatief, lokale omstandigheden en mensen komen op lokaal en regionaal niveau veel mooie zaken van de grond. Het rijk kan deze lokale en regionale ontwikkelingen volgen en, indien nodig, stimuleren als soms extra zetjes nodig zijn. De regisseur kan behaalde lokale en regionale resultaten onderling vergelijken en ook spiegelen aan internationale ervaringen. Landen zijn echter niet helemaal met elkaar vergelijkbaar, ook niet als de zorgfinancieringssystemen overeenkomen: er spelen vaak cultuurverschillen die onmiskenbaar hun weerslag hebben op het gebruik van collectieve voorzieningen en wonen (zie bijlage). Het is bijvoorbeeld in Duitsland meer geaccepteerd dat kinderen voor de ouders zorgen. In het buitenland blijkt de rol van de gemeente(politiek) belangrijk in het vervullen van wonen met zorg voor ouderen. Ook de rijksoverheid speelt hierin mee: bijvoorbeeld door het stellen van toegankelijkheidseisen in bouwregelgeving en het eisen van woningaanpassingen in het kader van arbeidsomstandigheden.

In deze beleidsoptie wordt voorgesteld dat BZK inzet op het nog meer benchmarken van lokale en regionale initiatieven. Deze initiatieven onderling vergelijken, maar ook spiegelen aan internationale ontwikkelingen. In de Europese Unie zijn voor het ministerie van BZK ook interessante kennisuitwisselingsprogramma's te vinden: zoals Knowledge Innovation Communities (KIC's) die zich vanaf 2014 onder meer gaat bezighouden met 'Innovation for healthy living and active ageing'.

6 Ondertekening

Utrecht, september 2012

Naam en adres van de opdrachtgever:

Ministerie van Binnenlandse Zaken,
DG Wonen, Bouwen en Integratie
Kennis en Verkenningen, IPC 270
Postbus 30941
2500 GX Den Haag

Namen van de projectmedewerkers:

dr. M.A.J. Linde
drs. W.H. van Staalduinen

Datum waarop, of tijdsbestek waarin het onderzoek heeft plaatsgehad:

December 2011 – Juli 2012

Naam en paraaf tweede lezer:



Drs. J.H.M. Nuiten

Ondertekening



Drs. W.A.J. Mandersloot
Business Line Manager

goedgekeurd door:



mevrouw dr. M.P. v. Esch-Bussemakers
Research Manager

7 Literatuurlijst

Naar een duurzame financiering van de woningmarkt, 22 economen, februari 2012.

ABF, Piramidemodel. De vraag naar toegankelijke woningen, methodiekrapportage, september 2011.

Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen en Zorg, verslagen vier regionale expertmeetings februari en maart 2012, Rotterdam, Nieuwegein, Eindhoven en Muntendam.

Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen en Zorg, website.

Alzheimer Nederland, website.

Dr. M.I. Broese van Groenou, Prof.dr. D.J.H. Deeg, LASA, Vrije Universiteit, VU Medisch Centrum, Gebruik van thuiszorg en welzijnsvoorzieningen door 55-plussers tussen 1992 en 2006. Een onderzoek naar individuele en historische ontwikkelingen. Longitudinal Aging Study Amsterdam, december 2007.

Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA, Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses, Psychol Aging 2006, 21(1): 140-51.

CBS, WoON 2009.

CBS, Statline.

CBS, Webmagazine, 28 december 2011.

CBS, Joop Garssen, Demografie van de vergrijzing, 2011.

CBS, Veiligheidsmonitor 2008.

College voor ziekenhuisvoorzieningen, Integrale planningsnorm voor de residentiële ouderenzorg, 1997.

CPB, Macro-Economische Verkenningen 2012.

John Creighton Campbell, Naoki Ikegami and Mary Jo Gibson, Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan, Health Affairs 29, No 1 (2010), 87-95.

CSO, NFU, ZonMW, Toekomstige ouderenzorg; kernwaarden, opbrengsten en perspectief, 2012.

Demos, Coming of Age, 2011.

Raymond Gradus en Evert Jan van Asselt, De langdurige zorg vergeleken in Nederland en Duitsland, ESB 96(4607) 1 april 2011.

Maarten Hajer, De energieke samenleving. Op zoek naar een sturingsfilosofie voor een schone economie, 2011.

HHM, Inventarisatie knelpunten en kansen bij beleid rond wonen met zorg en ondersteuning, 2008.

Andries de Jong (PBL) en Coen van Duin (CBS), Regionale bevolkings- en huishoudensprognoses 2011-2040: sterke regionale contrasten, 2011.

Kennisinstituut voor Mobiliteitsbeleid, Grijs op reis. Over de mobiliteit van ouderen, 2008.

Dorien Manting en Frank Vernooij, Ruimtelijk Planbureau, Waar wonen ouderen nu en in 2025, 2006.

Ministerie van BZK, Woonvisie, 2011.

Ministerie van BZK, Monitor Investeren voor de Toekomst 2009 (MIT2009), 2011.

Ministerie van BZK, Senioren op de woningmarkt. RIGO Research en Advies, 2010.

Ministerie van Financiën, Brede Heroverwegingen Langdurige Zorg, 2010.

Nishimura K.G. This time may truly be different – balance sheet adjustment under population ageing. Paper presented at the American Economic Association Annual Meeting, Denver Colorado, January 2011.

Marc Pomp Economische Beleidsanalyses, Gezond en actief ouder worden: de maatschappelijke baten van healthy ageing onderzoek. Een scenario-analyse tot 2050, 2011.

RIVM, Gezond ouder worden in Nederland, 2011.

RIVM, Nationale Atlas Volksgezondheid. www.zorgatlas.nl

RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid.

RIVM, Nationale Milieuverkenning, 2000-2030, 2000.

SCP, Rapportage Ouderen, 2006.

SCP, Actuele maatschappelijke ontwikkelingen 2010.

SCP, Armoedeberichten.

SCP, Mantelzorg uit de doeken, 2010.

SCP, Oudere tehuisbewoners, 2010.

SCP, Kwetsbare ouderen, 2011.

SCP, Kwetsbaar alleen. De toename van het aantal kwetsbare ouderen tot 2030, 2011.

SCP, De sociale staat van Nederland 2011.

SCP, Bijlage Rapportage ouderen 2006, Veranderingen in de leefsituatie en levensloop, 2006.

SEV, Het piramidemodel. Lokaal bepalen van de vraag naar en het aanbod van geschikte woningen voor mensen met mobiliteitsbeperkingen, 2012.

Jeroen Singelenberg, SEV, Toekomstverkenning Thuiszorg, 2009.

Jeroen Singelenberg, SEV, Factsheets woonservicegebieden. Woningaanpassing in Duitsland?

SEV, Woonservicegebieden. Klaar voor de volgende ronde. SEV-advies, 2012.

Stichting Ouderenwerk Delft, Hoe veilig voelen ouderen zich in hun woonwijk? Delftse ouderen over hun woonomgeving, april 2008.

Swedish Institute, Facts about Sweden, Elderly Care, 2010.

TNS/NIPO, Nulmeting eenzaamheid, 2008.

TNO en The Hague Centre for Strategic Studies, Het succes van de vergrijzing. Een visie op de toekomst van werk, zorg, wonen en voorzieningen, 2012.

TNO, Groeperen van ouderen naar fysieke beperkingen en zorggebruik ten behoeve van prognoses voor wonen en zorg, 2009.

Verweij-Jonker Instituut, Kwetsbare ouderen in tel. De balans tussen lokale zorgvraag en lokale ondersteuning, 2012.

A Enkele internationale voorbeelden

In de landen waar sprake is van een soort algemeen verzekeringssysteem voor de gezondheidszorg kunnen globaal gezien twee hoofdvormen worden onderscheiden: financiering van de zorg door middel van het heffen van generieke belastingen (Beveridge model: National Health Service bijvoorbeeld in Engeland, Zweden) of financiering van de zorg door collectieve verzekeringen (Bismarck model, Duitsland, Japan, Frankrijk en Nederland). Ook bestaat soms een mix van Beveridge en Bismarck, bijvoorbeeld in Canada (National Insurance System). De meeste landen kennen alleen een out-of-pocket-model: iemand betaalt zodra hij zorg nodig heeft, anders niet.

In het meest vergrijsde Westerse land Japan (2010: 23% 65+ers, 2060: 40%) (Bismarck model) wordt de zorg verstrekt ongeacht inkomen of de aanwezigheid van mantelzorgers. Om zorgen door de familie mogelijk te maken kiezen Japanners voor het hebben van een breed in-natura-aanbod van diverse voorzieningen (thuiszorg, dagopvang, technologie of wijkverpleegkundigen) en zij kiezen massaal niet voor het krijgen van een geldsom. Dit heeft tot gevolg dat elk dorp zijn eigen voorzieningen wil hebben en politici die het behoud van deze voorzieningen beloven, komen elke keer bij de verkiezingen als winnaar uit de bus. Echter, tegelijk met de vergrijzing wordt voor de toekomst van Japan ook een grote bevolkingskrimp verwacht. Deze krimp en het principe van 'ieder dorp zijn eigen ziekenhuis' zal in de toekomst niet vol te houden zijn.

Onze oosterburen (Bismarck-model) hebben in hun systeem een sterke prikkel tot het leveren van thuiszorg door de familie. Verblijf in een instelling in Duitsland vergt een forse eigen bijdrage, bovendien betaalt men daar zelf voor de kost en inwoning (vergelijkbaar dus met scheiden wonen en zorg). Thuiswonende zorgvragers kunnen kiezen voor tegoedbonnen (in te leveren bij de thuiszorg) of voor een mantelzorgkostenforfait (tot een maximum van € 800,- per maand). In Duitsland zijn woningen technisch gezien vaak geschikter voor aanpassing dan in Nederland. Bovendien worden woningaanpassingen gestimuleerd door de thuiszorg (die anders geen zorg komt leveren). Duitse woningbezitters zijn zelf verantwoordelijk voor de woningaanpassingen. Op medische indicatie kan een vaste bijdrage van € 2.500,- verkregen worden voor woningaanpassing. Mensen met een laag inkomen kunnen een beroep doen op bijzondere bijstand.

In Zweden (Beveridge-model) kunnen ouderen die thuis blijven wonen een beroep doen op een gevarieerd aanbod van ondersteuning. Bijna alle gemeenten bieden maaltijden thuis of in dagcentra. Ook kunnen zij een beroep doen op assistentie thuis of in aanmerking komen voor vervoer of aangepaste voertuigen. Gemeenten bieden ook dagopvang en reactivering (speciaal voor mensen met dementie of verstandelijke beperking). In de Zweedse wetgeving wordt thuis blijven wonen bevorderd door de eis van toegankelijkheid in de bouwregelgeving. Voor mensen met mobiliteitsproblemen worden de woningen gratis aangepast door de gemeente. Wonen in seniorenwoningen of –flats is erg populair in Zweden.